

LA LOMBALGIE CHRONIQUE MECANIQUE

I. Rappel de physio pathologie

- ⇒ **Le rachis lombaire** → 3 fonctions : **Stabilité** (tenir debout), **Mobilité** (se pencher), **Protection** (de la moelle ep)
- ⇒ **Unité fonctionnelle** : Espace de mobilité vertébrale, disque en avant, système apophysaire en arrière et structures capsulo-ligamentaires
- ⇒ **Disque intervertébral très hydraté = amortisseur**
 - Structure fragile et exposée
 - Détérioration du disque, souvent cause première du dysfonctionnement du couple vertébral → discopathie, dysfonctionnement de l'espace de mobilité et surcharge fonctionnelle des articulations post.
- ⇒ **Si dérèglement fonctionnel** :
 - Lombalgie chronique non constante
 - Non corrélée en intensité avec lésions observées
 - Symptôme majeur
 - Fréquence +++ : 2/3 des adultes, 13 % des arrêts de travail

II. La Lombalgie chronique mécanique (LCM)

- ⇒ **Pathologie multi - factorielle** :
 - **Mécaniques**
 - **Professionnels** (ouvrier du BTP plus exposé qu'un informaticien)
 - **Psychologiques** (le stress peut donner des problèmes de dos)
 - **Facteurs génétiques** dans l'apparition d'une discopathie dégénérative (# gènes : codant pour le collagène)
- ⇒ **Prise en charge jamais simple** → Prise en compte de tous ces facteurs.
- ⇒ **Principales causes de la dégénérescence discale** = affaiblissement tissulaire : Mécanique, vieillissement, génétique, alimentaire

*Nota : Aspect mécanique : La manutention de charges génère des pressions importantes sur les disques → Usure.
Aspect alimentaire : L'hydratation est importante pour la préservation de l'état du disque intervertébral (DIV). La prise de poids accroît les contraintes exercées sur le DIV.*

III. Authentifier les LCM

- ⇒ **LCM → Douleur** :
 - **En région lombaire** : Irradiation tronquée ne dépassant pas le genou (s'arrête au niveau de la fesse le + souvent)
 - **Chronique** : Evoluant depuis plus de 3 mois
 - **Mécanique** : Augmente avec les efforts et diminue/disparaît avec le repos

A. A éliminer

- ⇒ **Un rhumatisme inflammatoire** : grâce à un examen clinique complet (force, sensibilité, reflexe, neuro), biologique (NFS et CRP) et imagerie adaptée (radio du rachi lombaire de face → scan et IRM)
- ⇒ **Ostéoporose** (non douloureux) : légère déminéralisation à la radio (ne suffit pas au diagnostic)
- ⇒ **Maladie de Paget, métastase, Spondylodiscite** (atteinte du disque) **inflammatoire** ou **septique, tumeurs** etc.

B. A Classifier

Classement selon certains critères :

Age, obésité, sexe, profession, anomalies congénitales ou acquises, troubles statiques, spondylolisthésis (décalage d'une vertèbre par rapport aux autres qui peut exercer une compression au niveau de la queue de cheval)

C. A Connaître

Il faut toujours rechercher les **éventuelles complications** :

- ⇒ **Douleurs importantes et récidivantes**
- ⇒ **Irradiations** (tronquée si LCM, systématisée ou pluri radiculaire si **problème de canal lombaire rétréci**)
- ⇒ **Déficit moteur** (sciatique paralysante)
- ⇒ **Syndrome de la queue de cheval** : Compression après L2 → déficit moteur et des troubles vesicosphinctériens. Rechercher les signes d'incontinence urinaire (les patients n'osent pas en parler)

En cas de douleurs liées à la compression ou de signes cliniques (incontinence, paralysie) → Ne pas attendre pour la prise en charge, car risque de non récupération de ces fonctions.

D. A Evaluer

- ⇒ **Evaluation de la douleur** : EVA (échelle visuelle analogique)
- ⇒ **Evaluation de la force musculaire** : (de 0 à 5)

0 : Demande faite au patient de bouger le membre → Rien ne se passe 1 : <u>Contraction</u> musculaire perçue sans mouvement 2 : <u>Contraction</u> avec mouvement .	3 : Le mouvement peut s'exercer contre la pesanteur 4 : Le mouvement peut s'exercer contre résistance 5 : Force normale .
---	---

- ⇒ **Évaluation de la raideur** (*Schobert, score de mobilité rachidienne*) : mesure la distance doigt-sol quand le sujet se penche en avant
- ⇒ **Échelles fonctionnelles** spécifique aux lombalgies (prise en compte de l'aspect fonctionnel et de la qualité de vie):
Nota : La détérioration de la qualité de vie liée à une lombalgie ne sera pas la même pour un coureur à pied de haut niveau, que pour un joueur d'échec professionnel.
- ⇒ **Évaluation psychologique** : état dépressif à ne pas hésiter à prendre en compte
- ⇒ **Évaluation du risque de passage à la chronicité**
- ⇒ **Évaluation de la qualité de vie**

IV. Prise en charge thérapeutique

Important : Prendre le temps d'informer le patient sur son affection et sur les mesures d'hygiène vertébrale à respecter (ce qu'il est en mesure de faire ou non)

A. Traitement médicamenteux:

- ⇒ **Période courtes** (≠ chronique) : Traitement classique = **Association de 3 classes de médicaments** :
 - **Antalgiques** (palier 1, palier 2, voire plus exceptionnellement),
 - **AINS** (en respectant les contre-indications)
 - **Myorelaxants** (décontractants musculaires, car on contracte le dos pour soulager la douleur → contractures).
- ⇒ **Antidépresseurs tricycliques** : Efficacité à faible dose. Permet d'élever le seuil minimal de ressenti de la douleur.
- ⇒ **Infiltrations épidurales de corticoïdes**
- ⇒ **Infiltrations des articulaires postérieures**

B. Traitement non médicamenteux :

1. A visée antalgique :

⇒ Kinésithérapie :

Massages : Nécessité de prescrire la technique de massage indiquée en fonction de l'examen clinique.
 - Contractures musculaires → Massage décontractant
 - Zone diffuse de légères contractures douloureuse → Massage doux. Peut arrêter une crise aiguë.
Limites du massage : Bien être après la séance, mais pas durable.

Physiothérapie (ou électrothérapie): Mise en place d'électrodes et réglage de la fréquence pour avoir une action antalgique. → Courant antalgique

⇒ Autres moyens :

Manipulations vertébrales : Nécessité d'être pratiquées par un médecin ayant appris à faire des manipulations. Réalisées après un examen clinique et un bilan complémentaire si besoin.

Orthèses lombaires = Ceinture lombaires plus ou moins contraignantes avec renforts. Nécessité d'évaluer le type d'orthèse avant la prescription. Définition de l'utilisation de l'orthèse + suivi.

Cures thermales : Efficace mais soumis à conditions, ne pas prescrire en périodes de crises douloureuses. A prévoir à l'avance. Bénéfique sur le moyen/long terme.

Fangothérapie ++ : Application de chaleur, en dehors d'un contexte inflammatoire. Pas de limite dans le temps. Non agressif.

TENS (neurostimulation transcutanée) : Moyen efficace, permettant de court-circuiter la douleur. Electrodes posées de chaque côté de la colonne et reliées à un boîtier. Activé par le patient lui-même lors des douleurs.

Balnéothérapie : Technique efficace. Associe les vertus de la chaleur (eau à 35-37°C) et de l'apesanteur → décontraction musculaire et réinitialisation de la mobilité du rachis.

Acupuncture : Parfois efficace. Fait par un médecin après examen clinique.

Conseils d'hygiène vertébral +++ : Renforcement musculaire de la ceinture vertébrale et para vertébrale. Musculation progressive, avec un kiné au début pour l'apprentissage. *Nota* : *Le renforcement doit être doux, en isométrie, sans déplacement (pas de levé de poids, ni de pompes) → Risque d'aggravation*

+/- Reconditionnement effort

Soutien psychologique éventuel

Mesures sociales de réadaptation

2. Moyens Non recommandés :

- ⇒ **Repos au lit** : Plus on reste au lit, plus on perd de muscle → reprise d'une vie normale plus difficile.
- ⇒ **Corticoïdes par voie générale**
- ⇒ **Ionisations, laser**
- ⇒ **Tractions vertébrales** : Pratique soumise à réserves.

3. Chirurgie :

⇒ **Arthrodèse Rachidienne** : Principe : bloquer une ou plusieurs hauteurs de DIV → enlève la douleur. Risque de voir le problème se déplacer au-dessus.

⇒ **Prothèse discale** : Le symptôme douloureux est lié à l'absence d'efficacité d'un disque (déshydraté, aminci, quasi inexistant). Intervention rapide. Opération à ne pas systématiser → D'autres moyens sont à essayer avant.

C. Schéma de prise en charge

En première intention, doit être progressive : Classique, Education +++

1. Prise en charge de la DOULEUR:

- ⇒ Médicamenteux classique, voire +
- ⇒ Infiltrations : Cortisone injectée directement (sous scanner) → activité anti-inflammatoire local puissant. Ne pas en faire plus de 3. Ne marche pas toujours
- ⇒ Antidépresseurs tricycliques
- ⇒ Cures thermales
- ⇒ Eviter au maximum le recours à la chirurgie
- ⇒ Apprendre à vivre au quotidien avec sa douleur

2. Restauration de la FONCTION :

- ⇒ **Reprise de l'activité physique** : régulières et adaptées, restauration de la fonction avec des activités physiques particulière (à faire seul ou bien avec un kiné ++).
- ⇒ Suivi d'un programme pluridisciplinaire → école du dos
- ⇒ Expliquer au patient que cette prise en charge sera permanente (toute sa vie), 2 à 3 fois par semaine.

3. Accompagnement PSYCHOLOGIQUE :

- ⇒ Evaluation du retentissement socio familial
- ⇒ Si besoin, prise en charge de l'anxiété ou de la dépression
- ⇒ +/- Apprentissage du contrôle de la douleur

4. Réinsertion PROFESSIONNELLE :

- ⇒ Rechercher un éventuel reclassement professionnel, en collaboration avec un médecin du travail.

D. importance du suivi :

- ⇒ **Le suivi doit être adapté** à chaque patient.

Nota : Exemple du coureur à pied. Il est nécessaire de lui proposer un schéma de reprise de la course à pied progressif (Indiquer le type de terrain à privilégier et la durée l'entraînement) → Objectif : Eviter la reprise trop rapide → Sinon échec assuré !

- ⇒ **Répétition d'un examen** soigneux, réévaluation du patient : Une nouvelle pathologie peut apparaître.
- ⇒ **Objectif** : Eviter la médicalisation excessive et assurer l'accompagnement thérapeutique réconfortant le patient.

Nota : Expliquer au patient qu'il ne doit pas consulter un chirurgien, qui posera sans nul doute l'indication d'une intervention chirurgicale.

- ⇒ **Dans un second temps :**

- Ecole du dos
- Suivi éventuel dans un centre ou service de Médecine Physique et de la Réadaptation. (MPR)
- Centres de réadaptation professionnelle (exceptionnellement)

V. Conclusion

Apprendre à mieux vivre avec sa LCM...