

Thérapie conservatoire des lombalgies

M. Caravatti^a, B. Kleinert^b, B. A. Michel^a

Résumé

La lombalgie aiguë fait partie des pathologies courantes du médecin installé. Si dans la majeure partie des cas, le problème reste banal et les suites limitées dans le temps, il n'en reste pas moins qu'un nombre significatif de patients présente une évolution vers la chronicisation et invalidation progressive. C'est dans ces cas qu'on devrait pouvoir disposer de schémas thérapeutiques clairs. Au centre de cette préoccupation, mis à part le traitement antalgique et le traitement de la douleur par thérapie manuelle, il reste à expertiser les patients atteints pour connaître le degré de leur atteinte et à évaluer leur pronostic à plus long terme. Cette manière de procéder permet de lever des craintes injustifiées qui, comme on le sait, sont des ingrédients impliqués dans une absence de guérison et l'évolution vers la chronicité.

Une décharge complète et la retenue sont directement impliquées dans l'évolution vers un déconditionnement qui compromet sérieusement le retour normal au travail. Des connaissances nouvelles mettent l'accent sur l'importance de la musculature paravertébrale profonde comme élément stabilisateur au niveau du segment vertébral considéré. Cette fonction est perturbée chez les patients présentant une lombalgie aiguë et doit être prise en compte dans l'approche thérapeutique de ce type de situation. L'approche rééducative de cette musculature nous paraît être un élément important pour la prévention secondaire du lumbago.

La rééducation des patients présentant une lombalgie chronique est de toute évidence beaucoup plus complexe et ne peut pas reposer uniquement sur les épaules d'une approche médicale classique. Le succès de la prise en charge repose alors essentiellement sur une communication optimale et une interaction constructive entre tous les acteurs en jeu, à savoir le patient, l'équipe thérapeutique, l'employeur et les assurances sociales. L'objectif ultime est de promouvoir le retour à une qualité de vie optimale du patient de manière à lui assurer une reconnaissance de fait comme un être humain à part entière. Avec cette optique de prise en charge, on devrait pouvoir réduire l'escalade des coûts liés à la non-reprise du travail et diminuer ainsi les conséquences de l'invalidité.

En conséquence, les auteurs sont d'avis que la

prise en compte des facteurs psycho-sociaux de l'individu dans une démarche thérapeutique interdisciplinaire coordonnée représente un élément primordial de la réussite de la prise en charge thérapeutique des patients lombalgiques.

Introduction

Les syndromes lombaires douloureux, désignés par «low back pain» dans la littérature anglo-saxonne, représentent un tableau des troubles largement répandu et générateur de coûts. On estime à 80% le pourcentage des personnes souffrant au moins une fois au cours de leur vie de douleurs dans la zone lombaire de la colonne vertébrale, le plus fréquemment entre la 30^e et la 60^e année de vie. Les coûts directs et indirects occasionnés par les douleurs lombalgiques sont énormes, et aux Etats-Unis, jusqu'à 40% des prestations d'indemnisation de dommages corporels sont affectés aux douleurs lombaires. 70 à 80% de ce pourcentage de prestations concernent des patients présentant une évolution des troubles difficile à influencer thérapeutiquement, ainsi qu'une longue incapacité de travail. Ce phénomène est d'autant plus remarquable que ce groupe constitue quantitativement une minorité, avec seulement 7 à 10% de tous les patients souffrant de douleurs lombaires. Leur traitement est complexe et ne s'oriente pas uniquement d'après les résultats fonctionnels et structurels. De nombreuses études cliniques ont clairement montré le rôle de facteurs psychosociaux dans les développements de la maladie qui s'étirent en longueur et rendent invalide [1]. Ils constituent pour cette raison et à juste titre un niveau d'intervention important dans les programmes de traitements multidisciplinaires pour les douleurs dites «low back pain».

Des douleurs lombaires aiguës sans fondement organique saisissable s'atténuent en règle générale déjà après seulement quelques jours et ont pratiquement disparu après 8 semaines chez plus de 90% des personnes concernées, indépendamment du traitement choisi. Cet état de fait a conduit à un polypragmatisme très confus de propositions thérapeutiques les plus diverses, et pas un mois ne passe sans qu'une nouvelle forme de traitement ne soit décrite, qui promet d'abord monts et merveilles mais ne résiste généralement pas à un contrôle scientifique. Le traitement de troubles lombaires aigus, précisément à cause de cette tendance prononcée à la guérison spontanée, est dans de nombreux cas de nature empirique, le profane accordant fréquemment un plus grand crédit à la médecine complémentaire qu'à la médecine classique. Mais d'autre part, l'évolution généralement favorable de douleurs dorsales aiguës ne doit en aucun cas inciter à un nihilisme thérapeutique. Un traitement physique ou par mé-

^a Clinique rhumatismale et institut de médecine physique, hôpital universitaire de Zurich

^b Rhumatologue praticien, Zurich

Correspondance:

Dr med. M. Caravatti
Clinique rhumatismale
et institut de médecine physique
Hôpital universitaire Zurich
CH-8091 Zurich

decine manuelle se justifie également dans cette situation. L'information approfondie sur les causes possibles des douleurs et sur leur pronostic presque toujours favorable revêt en l'occurrence une grande importance. Il convient toutefois d'éviter d'embellir les choses, dans la mesure où le patient risque souvent de ne pas se sentir pris au sérieux ou que les espoirs suscités se transforment ensuite rapidement en déception, si l'amélioration suggérée n'intervient pas.

Eviter les récurrences est très important, mais n'est cependant possible que dans la mesure où les causes potentielles sont identifiées et peuvent être éliminées. Les personnes disposant de bonnes ressources cardiovasculaires ne souffrent certes pas moins souvent de douleurs dorsales aiguës, mais présentent un moindre risque de chronicisation et se rétablissent généralement plus rapidement, raison pour laquelle la motivation en faveur d'activités sportives régulières privilégiant de préférence des mouvements fluides et contrôlés (par ex. jogging, ski de fond, natation) constitue un pilier supplémentaire de la conception thérapeutique après un épisode de douleurs lombaires aiguës.

Thérapie des douleurs lombaires aiguës

Le laps de temps pendant lequel des douleurs lombaires sont désignées comme aiguës comprend les premières six semaines après le début des symptômes. Le fait que des tableaux cliniques très divers puissent se dissimuler derrière le syndrome subjectivement uniforme des douleurs lombaires aiguës a des implications thérapeutiques immédiates. En effet, lorsqu'il est possible de déceler une cause structurelle clairement définie des troubles (p. ex. hernie discale, spondylarthrite, fractures, néoplasie, infection), celle-ci définit la marche à suivre thérapeutique. On est dans tous les cas en présence d'une sacrodynie non-spécifique. L'objectif du traitement de douleurs lombaires aiguës est toujours le même: une bonne antalgie, une prévention secondaire et une réinsertion professionnelle aussi rapide que possible. Les

voies permettant d'atteindre ces objectifs peuvent être très différentes les unes des autres, comme nous l'avons déjà signalé en introduction. De notre point de vue, la méthode décrite ci-après a fait ses preuves:

Le soulagement de la douleur qui est tout à fait prépondérant. Il est sans aucun doute le domaine d'une thérapie pharmaceutique systémique et locale. D'une manière générale, les antirhumatismaux non-stéroïdiens occupent le devant de la scène. Ils conduisent certes à une diminution de la douleur; leur efficacité pour les sacrodynies aiguës non compliquées n'est cependant que de courte durée. En cas de compression simultanée des racines nerveuses ou de symptômes de sténose du canal spinal, ils contribuent dans le meilleur des cas à une faible réduction de la douleur, ou restent sans effet [2]. En cas de sources de douleur supplémentaires et neurogènes, les méthodes d'infiltration ont souvent un effet initial favorable et permettent idéalement parlant un soulagement marquant de la douleur et une mobilisation rapide du patient dans le cadre d'une physiothérapie de rééducation [3]. Plusieurs voies et formes d'application (Tableau 1) existent en fonction du substrat présumé et douloureux et sur la base de données anatomiques dans la zone des vertèbres lombaires.

La thérapie manuelle constitue un complément judicieux du traitement médicamenteux. Elle propose d'une part des techniques d'examen qui permettent le plus souvent une information plus claire sur les modifications structurelles et fonctionnelles d'origine. Elle a été d'autre part développée de manière continue au cours des dernières années et l'introduction de techniques neurophysiologiques, issues en partie de l'école de l'ostéopathie, ont permis une nette augmentation de la gamme des indications et de la valeur de la médecine manuelle. Le simple fait de savoir qu'il est possible de supprimer ou pour le moins d'améliorer les douleurs dorsales par une mobilisation ciblée a contribué à une large acceptation de cette méthode, qui a fait ses preuves dans le quotidien clinique, jusque dans les sphères de la médecine classique. Strictement parlant, il est cependant difficile de répondre actuellement à la question de son efficacité en ce qui concerne les douleurs lombaires, dans la mesure où la plupart des études randomisées présentes des faiblesses méthodologiques.

Le traitement de la douleur a pour objectif le maintien des activités quotidiennes aussi bien professionnelles que ménagères, et permet de prévenir les conséquences d'une immobilisation telles que les phénomènes de déconditionnement apparaissant rapidement au niveau de la musculature et de structures de soutien passives. Par l'activation d'afférences proprioceptives, l'impulsion nociceptive est restreinte d'après le principe du «gate control» et des réactions douloureuses des parties molles de la

Tableau 1. Traitement par injections en cas de sacrodynie.

Causes	Mode d'administration	Médicament	Quantité
Irritation radiculaire	Injection épidurale lombaire et sacrée	Triamcinolon sous forme cristalline, éventuellement en association avec	40–80 mg
Sténose du canal spinal		Bupivacaïne 0,125%	10–20 ml
Arthrose	Blocage des facettes	Bupivacaïne 0,5%	2–3 ml
Arthropathie		éventuellement en association avec Triamcinolon sous forme cristalline	10 mg
Pseudospondylolisthésis			

musculature dorsale autochtone sont inhibées sous la forme de phénomènes de contractures et de points de déclenchement. Des mesures physiques, p. ex. l'utilisation de la chaleur et du froid, doivent être instruites au sens de stratégies d'auto-prise en charge et appliquées par le patient lui-même. Préserver le dos en évitant de soulever de lourdes charges et d'effectuer des mouvements de rotation et d'antéflexion lors de changement de position, en adoptant des positions de décharge et en ménageant de courtes pauses lors de travaux statiques est une méthode judicieuse dans un premier temps. Les activités quotidiennes doivent cependant être poursuivies dans la mesure du possible, parce qu'elles permettent un rétablissement rapide et une réintégration professionnelle précoce en comparaison avec l'alitement [4].

L'immobilisation conduit à des phénomènes d'adaptation psychologiques et physiologiques défavorables, avec conséquences désavantageuses sur tous les facteurs de condition physique (force, endurance, coordination, mobilité, rapidité), alors que des stimulations mécaniques dosées sont décisives pour le trophisme des tissus. La recommandation d'une immobilisation aussi courte que possible bénéficie pour cette raison d'un consensus de plus en plus large, même chez les patients souffrant de hernie discale [5].

Le processus de guérison de douleurs lombaires aiguës et non-spécifiques est à priori favorable. En cas d'évolutions récidivantes, des mesures préventives supplémentaires s'imposent. L'arsenal permettant d'empêcher des épisodes lombaires douloureux supplémentaires comprend jusqu'à présent une instruction individuellement adaptée du patient, une rééducation du dos et une assistance-conseil ergonomique, y compris un contrôle et une adaptation du poste de travail. De récentes découvertes scientifiques concernant le problème de l'instabilité de la colonne vertébrale, à laquelle on attribue la responsabilité de 90% des douleurs lombaires d'origine mécanique, nous ont apporté de nouvelles possibilités de traitement efficaces pour la rééducation et la prévention secondaire des douleurs lombaires. L'intérêt principal s'est concentré en l'occurrence sur les muscles profonds, en particulier M. multifidus et M. transversus abdominis. Leur activation continue et tonique lors de mouvements du torse et leur rattachement direct à des segments lombaires les prédestine pour jouer le rôle de stabilisateurs segmentaires actifs. De faibles contractions de ces muscles suffisent déjà pour assurer une stabilité segmentaire maximale, ce qui permet d'empêcher des micro-mouvements avec compression ou étirement de structures nociceptives, telles que les fibres extérieures de l'annulus, les ligaments et les capsules articulaires. Cette présomption ne se confirme pas seulement en théorie mais aussi en pratique, dans la mesure où une rela-

tion claire entre des douleurs lombaires et un dysfonctionnement de ces muscles a pu être prouvée. M. multifidus réagit chez les patients souffrant pour la première fois de douleurs lombaires aiguës par une atrophie rapide ([6]; voir Figure 1), alors que le dysfonctionnement du M. transversus abdominis est caractérisé par un schéma de recrutement retardé lors de mouvements ballistiques du bras [7].

Des méthodes de rééducation spécifiques s'adressant de manière ciblée à ces deux muscles ont été développées, et différentes études ont pu prouver l'efficacité de ces programmes d'exercices. Dans une étude randomisée en simple aveugle réalisée auprès de patients souffrant pour la première fois de douleurs lombaires aiguës, les patients du groupe traité ont présenté après une année des douleurs lombaires d'une fréquence et d'une intensité nettement inférieures à celles des patients du groupe de contrôle [8]. Ces résultats ainsi que d'autres résultats de la recherche éclairent d'un jour nouveau les muscles profonds du torse en tant qu'éléments centraux de la stabilité de la colonne vertébrale. Raison pour laquelle leur signification dans la rééducation des douleurs lombaires ne saurait être suffisamment soulignée. Si l'intégrité fonctionnelle et structurelle du système musculaire local est rétablie, le traitement passe à une stabilisation plus générale, dont fait partie aussi l'entraînement progressif du système musculaire global (en particulier du M. rectus abdominis, du Mm. obliquus ext. et int., et du M. erector spinae), de préférence dans le cadre d'une thérapie médicale d'entraînement. Dans la phase finale, la stabilité motrice récupérée est intégrée aux activités fonctionnelles du quotidien.

Douleur lombaire chronique

Les douleurs lombaires chroniques rendent plus difficile l'efficacité de méthodes thérapeutiques monocausales en raison de la complexité des causes psychologiques, sociales et somatiques interférentes. L'influence de différents facteurs sur le processus douloureux peut être déjà présumée à partir du seul fait que dans une étude randomisée récemment publiée, un entraînement Aérobie chez des patients souffrant de douleurs lombaires chroniques (chronic low pain) s'est révélé aussi efficace qu'un traitement spécifique de gymnastique médicale et un entraînement sur appareils [9]. Parmi les prédicteurs qui influencent le résultat de la rééducation, jouent entre autres un rôle le statut d'émigrant, la satisfaction sur le lieu de travail, les résultats d'examen corporels objectivables et le pronostic subjectif de l'évolution par le patient [1]. Il n'est pas rare que les médecins et les thérapeutes entravent eux aussi le processus de rééducation, lorsque, de par leurs mode de pensée et d'action, ils évoluent dans

des stratégies curatives. Des examens médicaux répétés contribuent eux aussi à la chronicisation. La crainte d'un diagnostic erroné ou celle d'avoir laissé échapper une observation importante est en règle générale injustifiée: une ancienne étude de Savant, de l'unité psychosomatique de l'Hôpital de l'Île à Berne, indique que chez les patients avec diagnostic de «douleur psychogène», il n'a pas été possible de déceler de nouveaux résultats accréditant une origine somatique de la douleur, et cela même après une période d'observation de plusieurs années. Si des facteurs créant les conditions d'une persistance de douleurs dorsales coïncident, l'envoi précoce du patient dans un centre du traitement du dos, où sont proposés un examen pluridisciplinaire et un programme thérapeutique éducatif orienté sur l'auto-prise en charge, s'avère judicieux. Une telle stratégie de traitement, dans laquelle des mesures d'information détaillées sont associées à une intervention physiothérapeutique orientée sur l'activation, présente des effets plus positifs que des conceptions plus traditionnelles de traitement, qui sont en général trop défensives et inhibent l'émancipation du patient sur la voie de l'auto-responsabilisation [10].

Au plus tard trois mois après le début des douleurs dorsales, le patient devrait avoir réintégré le monde du travail. Si cette limite de temps est dépassée, le processus de chronicisation s'est généralement déjà établi. Dans ces cas, le pronostic est déterminé en premier lieu par les facteurs psychosociaux associés, alors que les résultats structurels et biomécaniques perdent nettement en signification. Il convient d'accorder une importance particulière à cet état de fait lors de la planification de la thérapie ultérieure. Des options multimodales de traitement, ambulatoires ou stationnaires, tentent de tenir compte de cet aspect. Différents groupes professionnels participent en l'occurrence à ces

efforts. A partir d'objectifs réalistes («goalings process»), le comportement, le déconditionnement et les problèmes psychosociaux sont abordés en tenant compte de l'environnement (employeur, parentèle proche). Entrent prioritairement en ligne de compte des programmes interdisciplinaires de lutte contre la douleur agissant sur des modifications du comportement de la douleur ou des programmes de rééducation concernant le travail et visant la réintégration au travail chez des patients de faible niveau de formation et exerçant des professions physiquement éprouvantes. De tels programmes sont proposés à l'institut de médecine physique de l'hôpital universitaire de Zürich.

Des mesures de traitement isolées non réalisées en réseau devraient être évitées de manière conséquente. Elles encouragent – de manière analogue à un diagnostic excessif à l'aide d'appareils – le rôle d'attente passive du patient et éloignent des objectifs effectifs de rééducation. Une évaluation précoce avec tests standardisés et appréciation des ressources fonctionnelles peut contribuer à faciliter la rééducation et la réinsertion professionnelle. Bien que des mesures préventives présentent des effets plus positifs, le succès de programmes multidisciplinaires de traitement en présence de lombalgies n'est pratiquement plus mis en doute [1]. Ces traitements sont encore appropriés un an après le début de l'incapacité de travail, en particulier lorsqu'existe une perspective concrète de réinsertion sur le lieu de travail. De tels programmes de traitement ont cependant eux aussi leurs limites très claires: les patients qui n'ont plus aucune chance dans l'économie de marché libre et démontrent de manière de plus en plus accentuée leur «non-capacité» dans le cadre d'un programme structuré d'exercices ne peuvent être atteints que rarement à l'aide du *ansatz* multidisciplinaire esquissé.

Références

- 1 Keel P, Perini C, Schütz-Petitjean D (Hrsg.). Chronifizierung von Rückenschmerzen: Hintergründe, Auswege (Schlussbericht des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 26B). Basel: EULAR-Verlag; 1995.
- 2 Koes BW, Scholten RJPM, Mens JMA, et al. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997;56:214-23.
- 3 Caravatti M. Infiltrationsanästhesie an der Lendenwirbelsäule. *Rheuma-Nachrichten* 2000;23:14-8.
- 4 Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997;47:647-52.
- 5 Deen HG. Diagnosis and management of lumbar disk disease. Concise review for primary care physicians. *Mayo Clin Proc* 1996;71:283-7.
- 6 Hides JA, Richardson CA, Jull GA. Multifidus muscle recovery is not automatic after resolution of acute first-episode low back pain. *Spine* 1996;23:2763-9.
- 7 Hodges PW, Richardson CA. Inefficient muscular stabilisation of the lumbar spine associated with low back pain. *Spine* 1996;22:2640-50.
- 8 Hides JA, Richardson CA, Jull GA. Multifidus muscle rehabilitation decreases recurrence of symptoms following first episode low back pain. The National Congress of the Australian Physiotherapy Association, Brisbane, Australian Physiotherapy Association 1996.
- 9 Mannion AF, Müntener M, Taimela S, et al. A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain. *Spine* 1999;23:2435-48.
- 10 Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early Intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000;15:1973-6.