

SOIRÉE DU C3R

LA LOMBALGIE CHRONIQUE

Le 8 mars dernier, dans le Rhône, s'est déroulée une soirée sur le thème de **“la lombalgie chronique : physiologie de la douleur et approches rééducatives dans la restauration fonctionnelle du rachis”**, organisée par l'association de rééducateurs C3R*. Une soixantaine de kinésithérapeutes rhônalpins sont venus y assister dans les locaux de la clinique de rééducation Iris. PAR JULIE DEVILLERS



©J. Devillers

Principes rééducatifs actuels dans la prise en charge des lombalgies chroniques

INTERVENTION DU D^r P. VOLCKMANN, MÉDECIN DU SPORT ET DE MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION, DIRECTEUR MÉDICAL DU CENTRE IRIS (RHÔNE)

Il existe plusieurs définitions de la lombalgie chronique, parmi lesquelles celle du GILL (Groupe interdisciplinaire de lutte contre la lombalgie) qui la décrit comme étant une douleur lombo-sacrée, médiane ou latéralisée, pouvant irradier jusqu'au genou, durant depuis plus de trois mois, quotidienne et sans tendance à l'amélioration. En France, 10 à 20 % des lombalgies se chronicisent. Ces lombalgies chroniques représentent 9 % des consultations de médecine générale et 30 % des actes de kinésithérapie. Elles auraient même triplé entre 1982 et 1992 représentant, aujourd'hui, un budget de 1,5 milliard d'euros en indemni-

sations d'arrêt maladie et 1,4 milliard d'euros en consommation médicale. Hors de nos frontières, le problème se pose également. Aux USA, par exemple, la lombalgie chronique constitue le premier poste budgétaire de l'Assurance-maladie et la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans. Toutes ces données, non exhaustives, montrent l'intérêt de se pencher sur ce trouble chronique en évolution.

“Qui craint la douleur souffre déjà de ce qu'il craint” (Montaigne)

L'orateur souligne le contexte particulier des patients lombalgiques chroniques qui

présentent souvent une peur du mouvement, une tendance au catastrophisme et à l'anticipation, des troubles du schéma corporel (notamment une exclusion segmentaire) et, conséquence d'une limitation des mouvements, une dégénérescence graisseuse rapide des masses musculaires spinales. Une étude menée par Phelps (*Nature*, 2001) a été réalisée sur les réactions en réponse à un signal verbal de menace de douleur. Ainsi, lors d'une menace de douleur sans stimulation douloureuse associée, on observe à l'IRM fonctionnelle l'activation de l'amygdale gauche (en lien avec l'expression végétative de la peur) et de l'insula (zone d'intégration de la douleur) : le sujet anticipe donc la problématique de la douleur. L'activation des aires de décodage de la douleur est étudiée dans d'autres travaux, comme celui d'APS (*Université de Chicago*, 2003) qui observe les mêmes clichés à l'IRM fonctionnelle pour des sujets ayant subi des stimuli thermiques, puis - les stimuli ayant été arrêtés - qui ont visionné un film où l'on voit un sportif se blesser. Ceci introduit la complexité de la douleur, qui loin de n'être qu'un phénomène physique, met en jeu également les émotions. Ainsi, la douleur se traduit par plusieurs composantes : sensori-discriminative (le coup de marteau), psycho-affective, cognitive (en lien avec le vécu douloureux) et comportementale (fuite, prostration...).

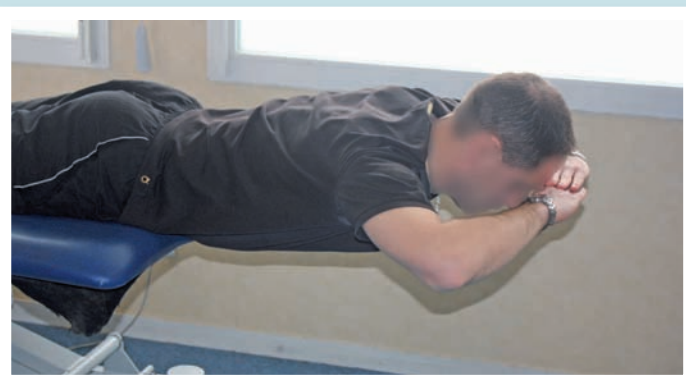
Lors d'une expérience douloureuse, il semble y avoir deux types de réaction : soit le sujet entre dans une problématique de catastrophisme, d'évitement du mouvement, d'hypervigilance qui le mène rapidement à une perte de ses capacités, à l'extinction de zones corticales inutilisées et l'entraîne par ce biais dans un véritable cercle vicieux ; soit, pour la même expérience initiale, le sujet gère sa douleur et retrouve ses capacités plus facilement.

La mémoire de la douleur joue également un rôle dans le comportement face à la douleur en diminuant les seuils d'activation des récepteurs centraux et périphériques, en recrutant des récepteurs centraux quiescents (au repos) et en activant un proto oncogène (CFOS), présent dans la douleur suraiguë et que l'on retrouve en douleur chronique.

En clair, si la douleur aiguë n'est pas rapidement traitée, le risque est, par un processus multifactoriel y compris biochimique, de pérenniser la douleur aiguë en une douleur chronique.

Connaissances actuelles sur la lombalgie chronique

L'intervenant fait, ici, une revue de la biblio-



©Clinique FRS

Test de résistance pour les extenseurs du rachis (test de Sorensen).

graphie faisant état des connaissances actuelles sur la lombalgie chronique, dont nous retiendrons les suivantes :

- Les petits muscles du rachis sont très riches en fuseaux neuromusculaires, très actifs en position neutre. *Source : Peck - j morpho, 1984*
- Les afférences de ces petits muscles coordonnent les muscles stabilisateurs plus gros.

Wilke - spine, 1995

- Tout déficit de coordination entre les muscles intrinsèques et extrinsèques est source d'algie.

Magnusson - eur spine, 1996 et Taimela - spine, 1999

- Une atrophie tonique et un déconditionnement sont extrêmement rapides pour les intrinsèques forts en cas d'immobilisation.

- Les extenseurs du rachis sont préférentiellement atteints lors de lombalgie chronique. *Mayer - spine, 1985*

- Chez les lombalgiques, le déficit des extenseurs et la rétraction-inhibition du quadriceps représentent une association morbide. *Suter - spine, 2001*

- L'activation des agonistes et des antagonistes et la coordination musculaire programmée améliorent la douleur des lombalgiques chroniques. *Marras - spine, 2004*

- Les exercices en aérobie diminuent la douleur des lombalgiques. *Sculo - spine, 2001*

- Le travail des extenseurs, 2 ou 3 fois par semaine, améliore significativement l'instabilité et la douleur. *Kim - J Rehabili med, 2010*

- La marche est une activité bénéfique pour le travail dans le plan horizontal et transversal des rotateurs du rachis en rotation-contre rotation sur les segments pelvis et thorax. *Lamoth - spine, 2002 et Taylor - eur spine, 2002*

- La prise en charge précoce détermine le succès en matière de lombalgie chronique. *Valat - join bone spine, 2000*

- Le management précoce de tous les patterns psycho-socio-physiques améliore la douleur des lombalgiques. *Gellhom - spine, 2010*





Travail de gainage.

Et parmi les controverses actuelles :

- Les effets des programmes de réhabilitation sont modestes sauf s'ils sont associés à une prise en charge psycho-sociale. *George - j orthop sports phys ther, 2010*
- La prise en charge courte en clinique du rachis n'augmente pas le ratio de reprise professionnelle. *Hagen - scan j public health, 2010*

D'après la littérature, il semble qu'il faille commencer la rééducation par un travail musculaire en position neutre, lent et sans contrainte mécanique majeure ; et un travail de coordination des petits muscles stabilisateurs avant celui des muscles longs. Puis il convient de commencer un travail toujours sans charge, en position neutre (pour limiter les contraintes de cisaillement), des extenseurs du rachis, ainsi qu'un travail d'évitement des rotations (pour améliorer la coordination, la force et l'endurance des rotateurs). En fin de prise en charge, seulement, le rééducateur peut amorcer un travail des extenseurs en charge

et des fléchisseurs, et des exercices en position instable ou avec des perturbations externes. Les exercices programmés favorisent la stabilisation anticipatoire du tronc.

Prise en charge

En phase inflammatoire, l'objectif est de contrôler le phénomène inflammatoire (AINS, corset) et la douleur (antalgiques), traiter la lésion, favoriser l'activité tout en restant compatible avec la douleur et rassurer le patient (montrer les possibilités, limiter les examens complémentaires). Puis, en phase non inflammatoire, il convient de gérer la douleur (analyse de la douleur, antalgiques, corset, kinésithérapie...), de continuer à favoriser l'activité (kinésithérapie, objectifs simples de vie...) et de proposer un programme de réinsertion globale.

D'un point de vue rééducatif, outre le versant musculaire développé ci-dessus, le kinésithérapeute intervient par des massages antalgiques et myorelaxants, des étirements sous pelviens, des mobilisations articulaires, la proprioception, une dynamisation isotonique et un renforcement abdomino-spinal en isométrique. Dans le cas de la lombalgie chronique, il faut retenir que les aspects psycho-sociaux sont aussi importants que les aspects physiques et que l'immobilisation devient très rapidement délétère.

En conclusion, il importe dans le cas des lombalgies chroniques de proposer une prise en charge précoce afin d'éviter la dégradation musculaire, de lutter contre la douleur et l'inflammation locale. La rééducation vise à stabiliser d'abord en position neutre, à coordonner les muscles intrinsèques et extrinsèques et renforcer en priorité les extenseurs. ■

Lombalgie chronique et restauration fonctionnelle du rachis (RFR)

INTERVENTION DE MATHILDE DENIS, MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE À LA CLINIQUE IRIS

Depuis le mois de novembre, la clinique de rééducation Iris propose des programmes de RFR aux patients lombalgiques chroniques. Les objectifs de ces programmes sont, en priorité, la reprise de l'activité professionnelle, mais aussi d'apprendre à gérer la douleur, d'améliorer la qualité de vie et le vécu psycho-

logique, et de retrouver la mobilité du dos. Sont inclus dans ces programmes des patients motivés, de moins de 60 ans, présentant des lombalgies ou des lomboradiculalgies sur discopathies -opérées ou non- pour qui les traitements classiques se sont soldés par un échec. En sont exclus, les personnes au rachis polyopéré, présentant des pathologies asso-

ciées, des troubles cardiaques/respiratoires à l'effort, ou encore des troubles psychologiques. Ce type de prise en charge vise une réassurance plus qu'un effet antalgique. Le patient doit participer activement à son traitement. Le programme, qui privilégie le mouvement, est centré sur le renforcement musculaire des muscles posturaux, le réentraînement à l'effort et l'assouplissement. Il n'y a pas de traitement exclusif de la douleur par des techniques antalgiques.

Ces programmes se déroulent sur cinq semaines, au rythme de 5 jours/semaine de 9h à 16h. La prise en charge est multidisciplinaire : kinésithérapeute (séances en groupe, individuelles, en balnéothérapie, de relaxation), ergothérapeute, éducateur sportif (activité physique adaptée), professeur de tai chi, diététicien, psychologue et assistante sociale.

Déroulement en trois phases

Le programme se déroule en trois phases : évaluation initiale, programme réalisé au centre et suivi.

Évaluation initiale

L'évaluation initiale comporte une évaluation de la douleur (échelle EVA au repos, à l'activité, nocturne) et son retentissement sur l'activité (échelles de Dallas et de Québec), une évaluation de la qualité de vie (échelle FS 36), une appréciation de l'état psychologique (échelle HAD) et de la motivation du patient. Associé à cela, un bilan morphostatique classique est entrepris qui évalue la statique rachidienne dans les trois plans de l'espace et l'équilibre du bassin. L'extensibilité musculaire s'apprécie avec la mesure de la distance doigts-sol (dans les plans sagittal et frontal), et l'extensibilité des différents muscles participant à l'équilibre rachidien tels que ischio-jambiers, quadriceps, triceps suraux, psoas, longs et courts adducteurs. Enfin, l'équipe évalue l'endurance du patient par le biais de tests de résistance tels que le test de Sorensen pour les extenseurs du rachis (cf. photo p. 21), le test de Shirado pour les abdominaux (en décubitus dorsal, hanches à 90°, mollets reposant sur un support, bras croisés aux épaules, le patient soulève ses épaules et maintient le plus longtemps possible la position), test de la chaise, test de marche, etc.

Programme

Le programme implique trois phases : travail de la flexibilité rachidienne, travail de renforcement musculaire, travail de l'endurance. Il s'achève par une réévaluation qui reprend les



Travail proprioceptif sur ballon de rééducation

paramètres de l'évaluation initiale, réalisés par les mêmes thérapeutes.

L'activité physique adaptée assure un travail de renforcement musculaire, notamment des adducteurs de l'omoplate, du grand dorsal, du quadriceps et des ischio-jambiers. Elle permet également un travail cardio-vasculaire et de réentraînement à l'effort par le biais de cycloergomètre, tapis de marche, vélo elliptique, etc. La kinésithérapie vise, quant à elle, un travail d'étirement musculaire, de renforcement musculaire axé sur les muscles posturaux, un travail proprioceptif. Les séances de groupe comprennent des exercices de renforcement musculaire (gainage, travail des abdominaux, etc.), d'extensibilité musculaire et des étirements axiaux actifs. En séance individuelle, le kinésithérapeute reprend les exercices vus en séance collective en s'adaptant aux difficultés propres à la personne et met en place un travail proprioceptif avec apprentissage de la bascule du bassin. En balnéothérapie, le kinésithérapeute axe sa prise en charge sur un travail de renforcement musculaire des membres supérieurs et inférieurs, d'extensibilité musculaire et de relaxation.

Suivi

Un suivi sera réalisé à 6 mois, puis à 2 ans et reprendra les critères de l'évaluation initiale. ■

* Cercle de recherche en rééducation et réadaptation.