



LOMBALGIES : DES TRUCS POUR FAIRE MIEUX !

Dr S. Genevay, CC, PD

Responsable

Consultation multidisciplinaire du dos

Service de rhumatologie HUG

LOMBALGIES COMMUNES: DES TRUCS POUR FAIRE MIEUX

1 poser un diagnostic (!)

- Anamnèse et examen clinique ciblé

2 Comprendre la lombalgie commune

3 Explorer le risque de chronicité

- Représentations
- Anamnèse (StarTBack)
- Difficultés professionnelles

4 Savoir expliquer pour rassurer et accompagner



LOMBALGIES: POSER UN DIAGNOSTIC

○ Infectieux, traumatique, néoplasique, déformation

- Traumatisme / risque ostéoporotique
- Drogue iv / immunosuppression
- Infection concomitantes
- Baisse de l'état général (poids, fièvre)
- Néoplasie < 5 ans
- Douleurs insomniantes



LOMBALGIES: POSER UN DIAGNOSTIC

> 3 mois de douleurs lombaires ET < 45 ans
= 5% de **spondylarthrite axiale**

○ Lombalgies inflammatoires

- Début insidieux
- Episode de >3 mois
- Raideur matinale (30')
- Amélioré par le mouvement et pas par le repos

➤ Arthrites
➤ Enthésite talon
➤ Uvéite
➤ Dactilites
➤ Psoriasis

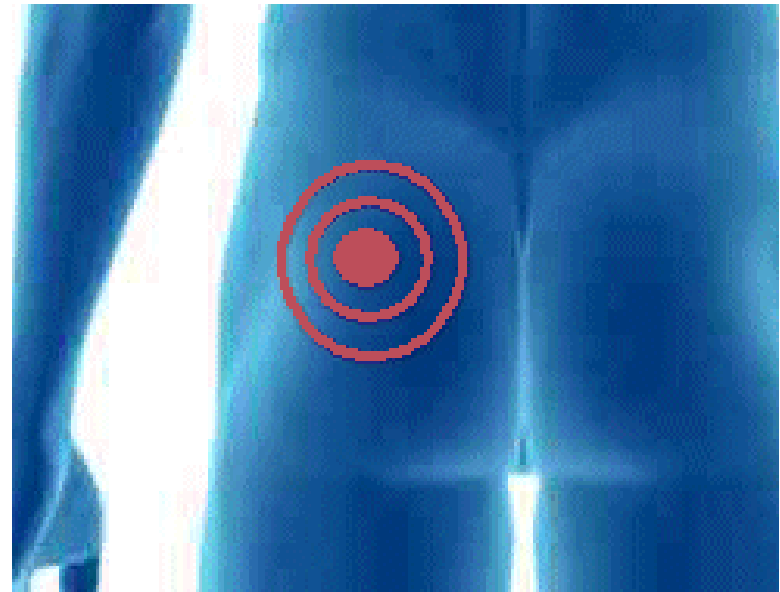
➤ Crohn / RCUH
➤ Bonne réponse AINS
➤ AF + SpA
➤ HLA-B27
➤ CRP élevée

En cas de doute mieux vaut référer pour avis spécialisé

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D'UNE PYGALGIE

LOCALE

- Péri-hanche
- hanche :
 - arthrose,
 - arthrite,
 - ostéonécrose
- Sacro-iliaque
 - Sacro-iliite
 - Dysfonction



Au minimum : examen de la hanche flexion, rotation interne



UN SYNDROME RADICULAIRE SUR HERNIE DISCALE ?

Trajet monoradiculaire	6
Lasègue jambe tendue < 60° ou traction fémorale (L3 –L4)	4
Diminution unilatéral d'un réflexe	4
Diminution unilatérale de la force	3
Douleur unilatérale selon le patient	3

Le patient peut être classé comme souffrant d'un syndrome radiculaire par HD si le score est **≥ 11**



UNE CLAUDICATION NEUROGÈNE SUR CLE ?

Age > 60	4
Test d'extension de 30 secondes	4
Douleur dans les 2 jambes	3
Douleur des jambes disparaît en position assise	3
Douleur des jambes est diminuée en se penchant ou en prenant appui en avant (caddie).	3
Lasègue négatif	2

Le patient peut être classé comme souffrant d'une claudication neurogène sur CLE si le score est ≥ 11



SINON ...

ET SI IL Y A UN SYNDROME LOMBO-VERTEBRAL



C'est une lombalgie commune !



LE TRAITEMENT DE LA LOMBALGIE COMMUNE

1. Les médicaments ont une (très) faible efficacité
2. Le temps (au début !)
3. Se sentir rassurer, être en confiance.
4. Le repos est rapidement un faux-ami.
5. Rester le plus possible en activité
6. Thérapie manuelle (chiro / ostéo)
7. Faire des exercices (physio)



EBM

Garder l'activité = Règle No1 en aigu

Exercices = **LE** traitement de base en subaigu
chronique



EBM

Garder l'activité = Règle No1 en aigu

Exercices = **LE** traitement de base en subaigu
chronique

> 90% des patients adressés à notre
consultation n'ont PAS eu des informations et
un traitement actif correct.



POURQUOI ?

Qu'est-ce qui empêche le médecin de prescrire et de
VERIFIER l'application ?

→ physiopathologie du syndrome vertébral

Qu'est-ce qui retient le patient de bouger ?

→ facteurs de risque de chronicité



LES CROYANCES DES MÉDECINS

- A quoi est dû un syndrome lombo-vertébral ?
- Que pensez d'une fissure discale ?
- Comment interpréter : « protrusion discale circonférentielle en contact avec les racines L5 pouvant entraîner des lombo-sciatalgies à bascule » ?
- Tant qu'il a mal il vaut mieux qu'il se repose et n'en fasse pas trop
- Si la douleur augmente au mouvement, mieux vaut attendre avant de prescrire de la physiothérapie active.
- Il n'a rien compris à l'ergonomie ! Fléchir son dos pour ramasser un objet c'est mauvais voir dangereux.
- S'il ne va pas travailler c'est qu'il ne fait pas d'effort



LES CROYANCES DES PATIENTS (ET DES THERAPEUTES !)

- Mon mal de dos est dû à quelque chose d'abimé
- Cette lésion est visible sur une imagerie
- Selon ce que je fais c'est mauvais pour mon dos
- Certains mouvements/attitudes/profession peuvent abimer mon dos
- J'ai surchargé mon dos, il faut donc que je me repose
- Hernie discale (fissure discale, bec de perroquet, disque noir,...) = chaise roulante / dos foutu / dos « mort »

=> Bouger est mauvais pour moi !



POUR LEQUEL ÊTES-VOUS INQUIET ?



Qu'elles informations / conseils / traitements vont-ils recevoir ?



IRM : NORMALITÉ

Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Protrusion circonférentielle	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Hernie discale	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

FANTASMES AUTOUR DE L'IMAGERIE

- Hernie discale → chaise roulante
- Déchirure discale → ne pas bouger
- Bec de perroquet → ? Fait peur
- Disque desséché, noir, tassé, → « mort », forcément douloureux
- Arthrose → foutu, vieillesse, inéluctable
-



EFFET NOCEBO DE L'IMAGERIE PRÉCOCE!

- ❖ Augmentation de la durée du handicap
- ❖ Augmentation du handicap fonctionnel à 1 an

Graves , Spine 2012


- ❖ Augmentation des examens complémentaires
- ❖ Chirurgie non-nécessaire
- ❖ Augmentation des coûts

Srinivas, Arch Int Med 2012



DÉTERMINANTS RADIOLOGIQUES

- 50% génétique
- 30% inconnu
- 15% âge
- 5% activité physique → presque pas d'influence

- À génétique égale, surpoids ≠ discopathie
 - À génétique égale, surpoids ≠ arthrose lombaire
 - Mauvaise condition physique = mauvais disque
 - Même en aigu +++ il n'y a pas d'image pathologique
- 

QU'AVONS-NOUS APPRIS DEPUIS 10 ANS ?

1. Les « lésions » ne sont pas plus fréquentes dans la population symptomatique.
2. Les « Lésions » ne sont pas influencées par la quantité de mouvement/effort au cours de la vie.
3. Les tissus (muscles, disques, articulation) ont BESOIN d'activité !
4. Aucune activité professionnelle n'a pu être prouvée comme augmentant le risque de lombalgie.

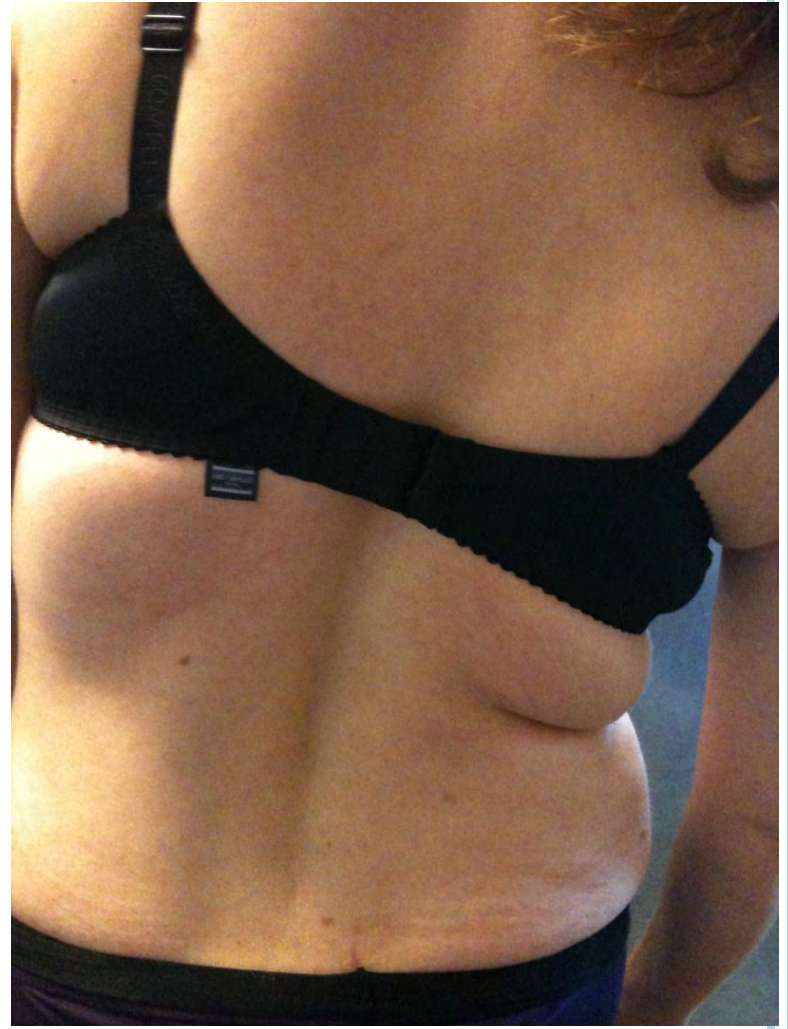


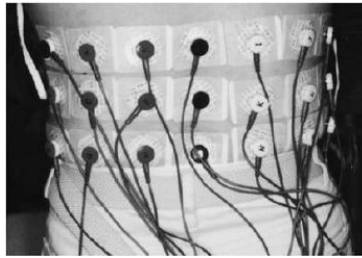
LE CORPS (LES TISSUS) ONT BESOIN D'ACTIVITÉ !

- Articulations au repos = ankylose douloureuse
- Muscles aux repos = amyotrophie
- Disques au repos = baisse des échanges métabolique

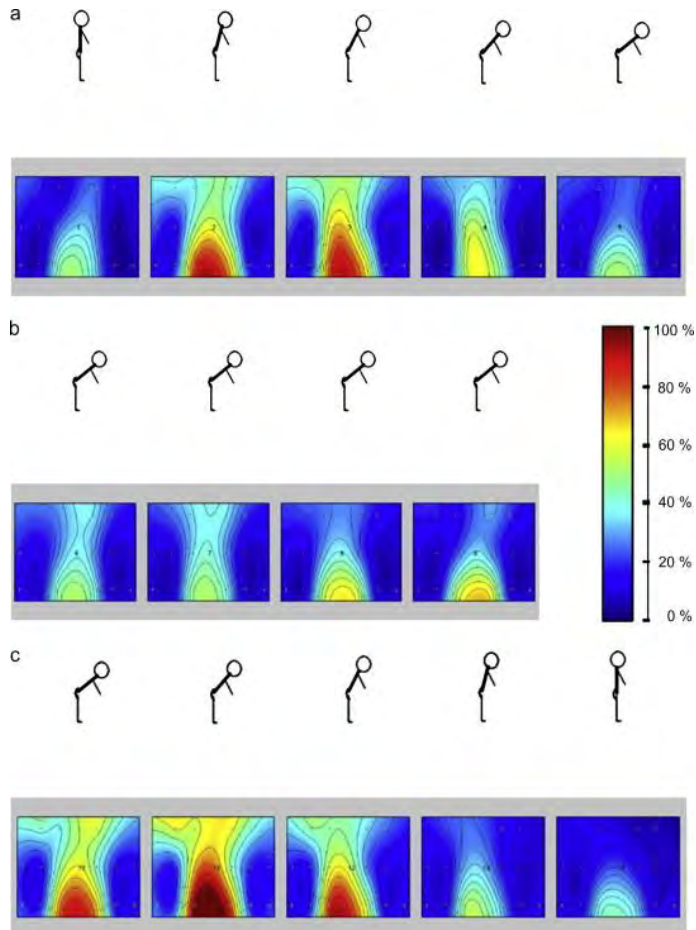


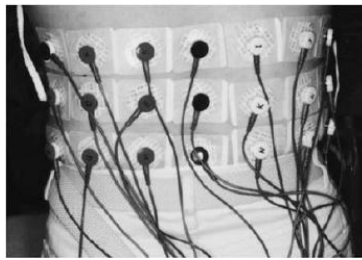
POURTANT LA LOMBALGIE COMMUNE PEUT SE VOIR !



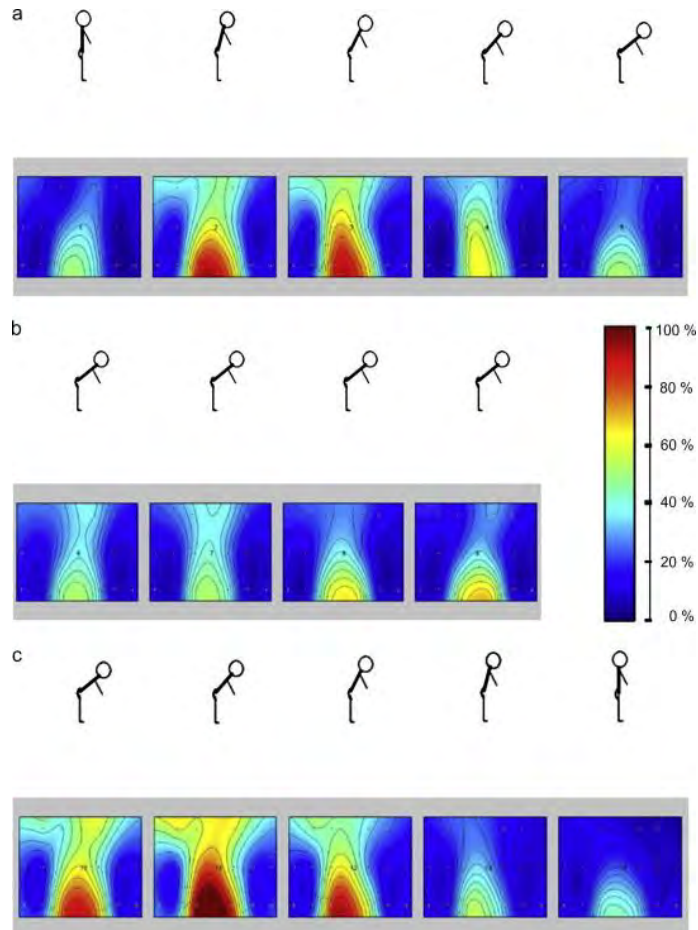


ASYMPTOMATIC





ASYMPTOMATIC



CLBP

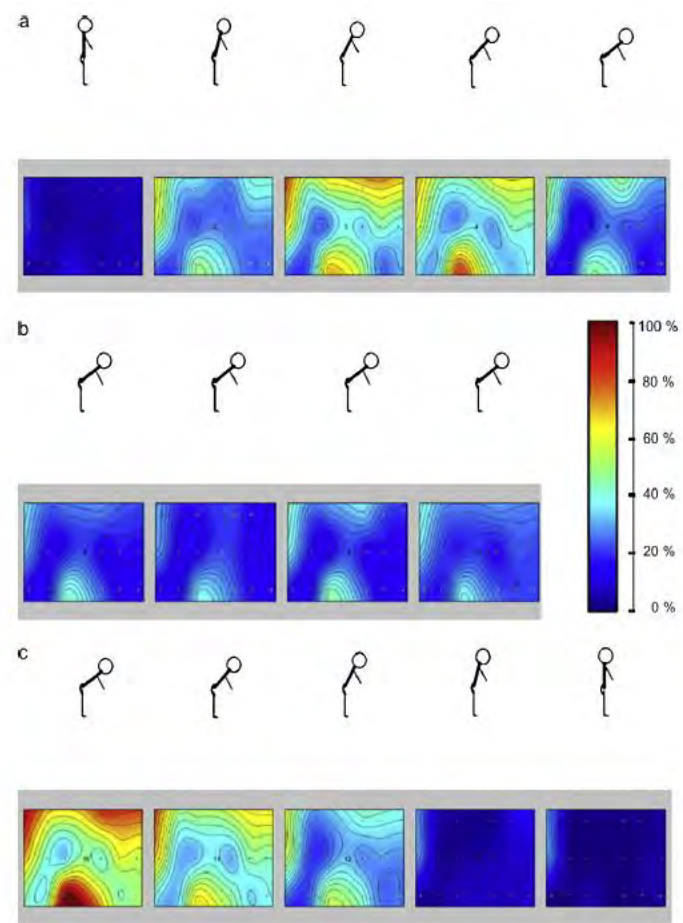
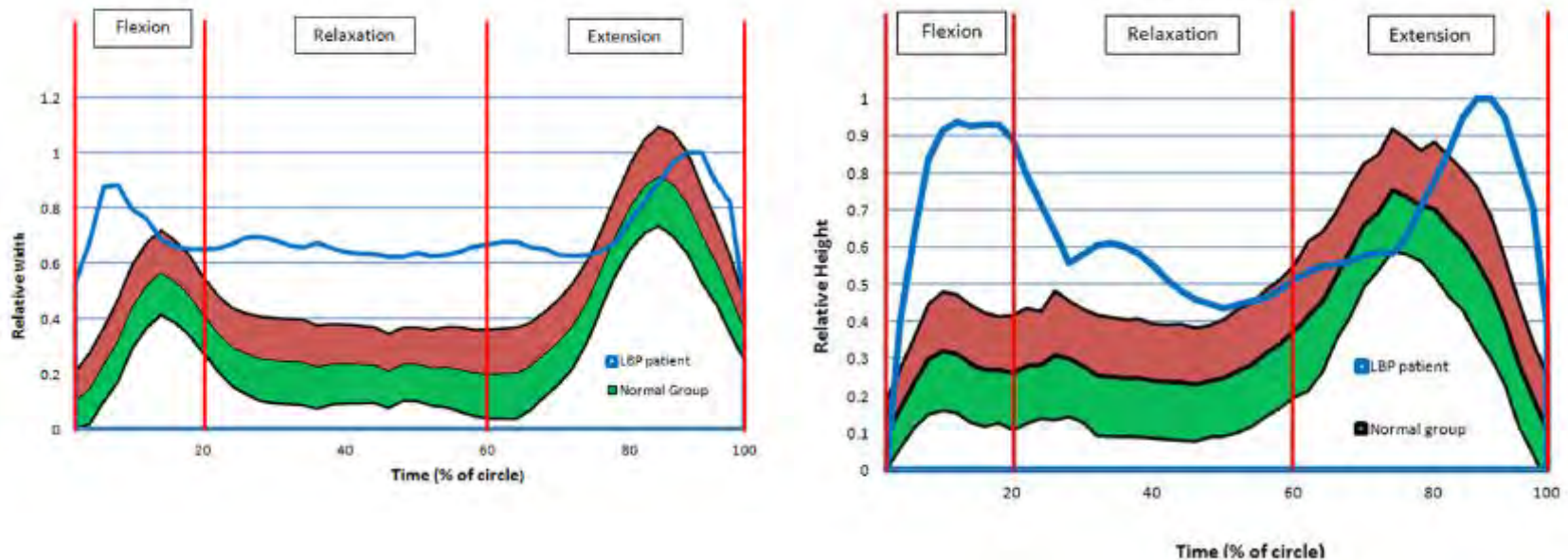


Fig. 7. Example 2 - LBP RMS dynamic topography during flexion-extension pattern (5 slices from flexion, 4 from bending posture and 5 from extension).

Original Article

Time-varying surface electromyography topography as a prognostic tool for chronic low back pain rehabilitation

Yong Hu, PhD*, Jerry Weilun Kwok, MPhil, Jessica Yuk-Hang Tse, BEng,
Keith Dip-Kei Luk, FRACS, FRCSEd, FRCS (Glas), FHKCOS, FHKAM (Ortho Surg)



- L'intensité de la dysfonction musculaire prédit la réponse au traitement de physiothérapie active.

la présence de dysfonctions musculaires “à bas bruit” prédit le développement d'un syndrome lombo-vertébral pendant l'activité.

Le handicap fonctionnel est directement corrélé à la dysfonction neuro-musculaire.

Le dysfonctionnement musculaire diminue en parallèle de l'amélioration clinique.



- Le stress altère le fonctionnement la coordination de la musculature lombaire

- S'attendre à avoir mal modifie la réponse musculaire, même si la douleur n'est pas aussi forte qu'anticipée
- Il y a une augmentation du désordre myoélectrique chez les sujets qui ont une tendance « catastrophiste »

Henchoz Spine J. 2013

EN PRATIQUE ...



VERBALISER QUE L'ON VOIT LE PROBLÈME !



CHERCHER

LES FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITE

- Les représentations des causes de la douleur
- l'anxiété - l'hypervigilance
 - A l'écoute du moindre ressenti qui va renforcer ces croyances en quelque chose de grave
- La kinésiophobie
 - Peur « logique », en phase avec ses représentations (et celles d'autrui)
 - Evitement de plus en plus d'activité , rétrécissement du champ d'action possible



CHERCHER

LES FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITE

- Les représentations des causes de la douleur
- l'anxiété - l'hypervigilance
 - A l'écoute du moindre ressenti qui va renforcer ces croyances en quelque chose de grave

J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos

- La kinésiophobie
 - Peur « logique », en phase avec ses représentations (et celles d'autrui)
 - Evitement de plus en plus d'activité , rétrécissement du champ d'action possible

Il n'est pas vraiment prudent, pour une personne dans un état comme le mien, d'être actif sur le plan physique.



LES FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITE

- Le catastrophisme

- Tout est noir, chaque événement est interprété comme mauvais. Le verre est toujours à moitié vide

- La dépression

- Perte d'énergie, perte des envies, ralentissement



LES FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITE

○ Le catastrophisme

- Tout est noir, chaque événement est interprété comme mauvais. Le verre est toujours à moitié vide

Je considère que **mon mal de dos est épouvantable** et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais

○ La dépression

- Perte d'énergie, perte des envies, ralentissement

De manière générale je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos



LES FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITE

○ Le catastrophisme

- Tout est noir, chaque événement est interprété comme mauvais. Le verre est toujours à moitié vide

Je considère que **mon mal de dos est épouvantable** et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais

○ La dépression

- Perte d'énergie, perte des envies, ralentissement

De manière générale je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos

Google : keel start back tool

<https://www.keele.ac.uk/sbst/startbacktool/translations/>

https://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/group/startback/translations/French%20translation_STarT%20Back%20Tool.pdf



LES FACTEURS DE RISQUE DE CHRONICITE

- L'environnement professionnel :
 - Qu'elles sont les représentations ?
 - Le poste pose-t-il un problème physique ?
 - Y a –t-il une pression importante ?
 - Temporairement, peut-il être facilement adapté ?
 - Y a-t-il une bonne ambiance, un soutien ?



DONNER

LES MESSAGES IMPORTANTS

- **OUI cela fait (très, très) mal**
- **OUI cela fait peur, c'est parfois (très, très) impressionnant**
- **NON, il n'y a rien de casser ou d'abimer même si on a entendu un craquement**
Il s'agit d'un énorme blocage musculaire !
- **Cela va se décroincer progressivement dans les jours qui viennent.**



LES MESSAGES IMPORTANT

Le repos est contre-productif, il a tendance à prolonger le blocage musculaire

Le mieux c'est de garder autant de mobilité que possible, même en présence de douleurs

La règle pour doser c'est : il ne faut pas que la douleur devienne telle que je sois obligé de me reposer.



LES MESSAGES IMPORTANTS

Il n'y a aucun intérêt à faire une image car on ne trouve jamais rien de particulier/de différent par rapport à avant votre douleur
(c'est un blocage musculaire !)



LES MESSAGES IMPORTANTS

En général, les médicaments vont soulager (un peu) la douleur

Dans ce genre de problème, il ne sont malheureusement pas très efficace.

Mais si ils ont un petit effet ils permettent de rester plus actif et c'est tout ça de gagné

Il n'y a aucun risque de masquer ou d'aggraver quoi que ce soit



DONNER DES CONSEILS D'HYGIÈNE POSTURALE SIMPLES ET INTELLIGENTS

- *Il n'y a ni interdit ni danger !*
- *Il vaut mieux « faire » grâce à une stratégie alternative que de ne pas faire*
 - Se lever en passant par le décubitus latéral
 - Porter proche du corps
 - Positionner son dos selon douleur
 - Utiliser ses jambes pour se baisser si on peut pas faire autrement



S'IL FAUT QUAND MÊME FAIRE UNE IMAGERIE

- Doute par rapport à une lombalgie spécifique
 - Mal à l'aise par rapport à la durée de l'épisode
-
- Nous allons faire une imagerie pour s'assurer qu'il n'y a pas quelques choses qui nécessiterait un traitement différent comme une infection ou une inflammation.
 - Le rapport du radiologue mentionnera presque toujours des détails comme des discopathies, de l'arthrose voire une hernie discale. Cela c'est normal et se trouve aussi chez les gens qui n'ont pas mal au dos.

COMPLÉTER LE TRAITEMENT

○ Physiothérapie active

- proprioception, stabilisation, étirements, renforcement musculaire progressif en intensité et en complexité
- En tenant compte de la kinésiophobie

Expliquer pourquoi & comment !

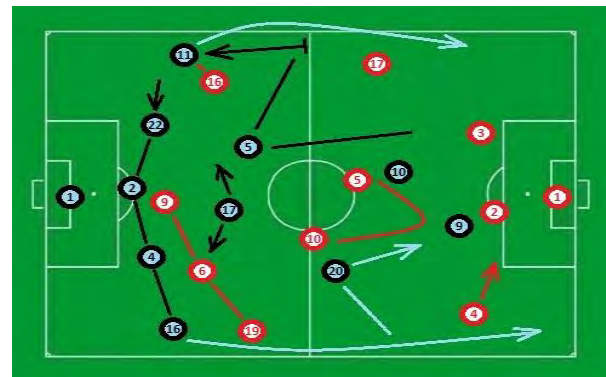


UNE PHYSIOTHÉRAPIE ACTIVE...

- N'a que rarement un effet antalgique immédiat.
- Augmenter le mouvement va en général augmenter la douleur !
- Cette augmentation doit être « contrôlée », il faut trouver le juste milieu.
- Il faut y aller progressivement, augmenter en intensité mais aussi en difficulté.
- L'amélioration de la douleur n'arrive que dans un 2nd temps, lorsque le « réglage » neuro-musculaire s'est suffisamment amélioré.



EVENTUELLEMENT EXPLIQUER LA DYSFONCTION (EN TENANT COMPTE DU VÉCU)



MESSAGES PRINCIPAUX

- La récupération d'un mouvement adéquat est au centre du traitement
 - Tous les autres traitements ne devraient viser qu'à faciliter celui-ci.
- Influence des croyances du thérapeute
 - Le médecin doit être à l'aise avec cette prescription
- Influence des croyances des patients
 - Le patient doit comprendre pourquoi c'est important alors que cela augmente ses douleurs

