

*7ème congrès de lutte contre la
douleur
ORAN 17-18 Mars 2011*



APPROCHE THERAPEUTIQUE DE LA LOMBALGIE

Djaroud Z¹, Terki K², Boumediene Zellat B¹, Benlebna F¹, Elabed F¹, Benguedih A¹

MPR¹ SEMEP² EHU Oran

Société Algérienne de Médecine Physique et de Réadaptation

INTRODUCTION

- La douleur lombaire ,motif fréquent de consultation de médecine physique ,

LOMBALGIE COMMUNE CHRONIQUE

INVALIDITÉ LOMBALGIQUE

Douleurs invalidantes
aussi nous somme nous proposés d'en
parler .

INTRODUCTION

- Les études épidémiologiques révèlent 60 à 90% de sujets ayant déjà souffert ou souffriront de lombalgie *(Genêt all 2002)*.
- **6 à 8%** Passeront au stade de chronicité invalidante ,
- Poseront un réel problème de SP
 - responsable de plus de 70% des coûts médicaux ,
 - sociaux , à savoir 1ere cause d'invalidité & d'AT chez les personnes < 45 ans

(Goupille &al 2000).

Le traitement

- ne doit pas se limiter à la douleur
- mais doit aussi prévenir la récurrence

(60-80% Valat 1998, Pengel & al 2003),

Il sera adapté à chaque patient , et selon l'évolution du contexte clinique de chacun .

OBJECTIF

Satisfaire des doléances

- contrôler la douleur,
- améliorer la réinsertion sociale /professionnelle

Éviter la récurrence,

MATERIEL ET METHODES

- Etude prospective, réalisée de janvier 2009-2011 lors des consultations Médecine physique et de réadaptation chez 150 patients âgés de 30-60 ans, et suivi à notre niveau,

Critères d'inclusion

- patients souffrant de lombalgie commune , **évolution moyenne de la lombalgie > 3 mois**
- et retentissement dans AVQ

Critères d'exclusion

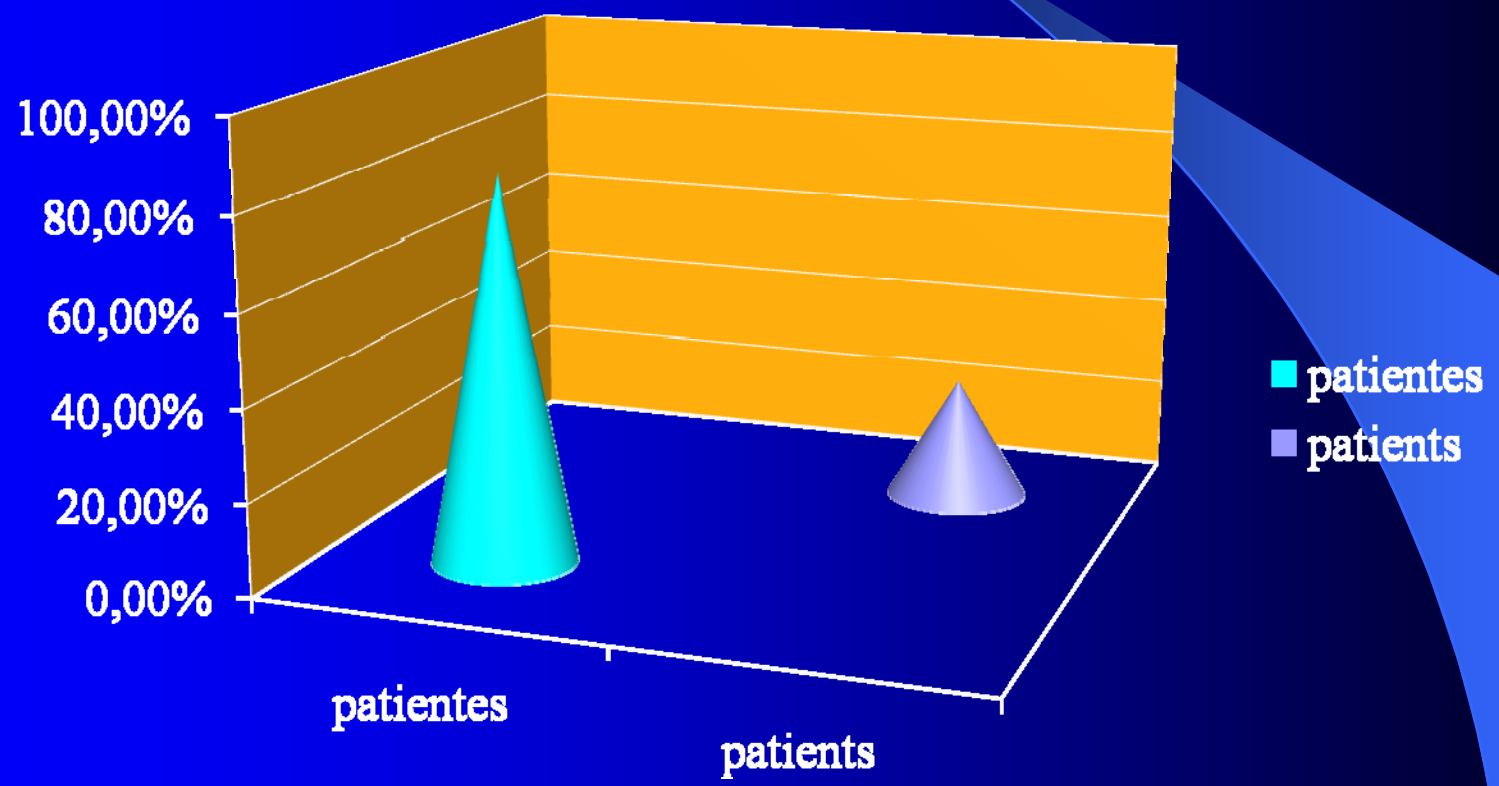
- patients hyperalgiques , souffrant de lombalgies symptomatiques , ATDC de chirurgie,

On a évalué

- caractéristiques des patients
- prévalence de la douleur
- lésions rencontrées (H.D ,arthrose)
- retentissement de la lombalgie
 - Déficiences (Raideur rachidienne , contracture, radiculalgie ?)
 - Incapacités (AVQ)
 - Situation d'invalidité (profession, loisirs)
- traitement et résultat

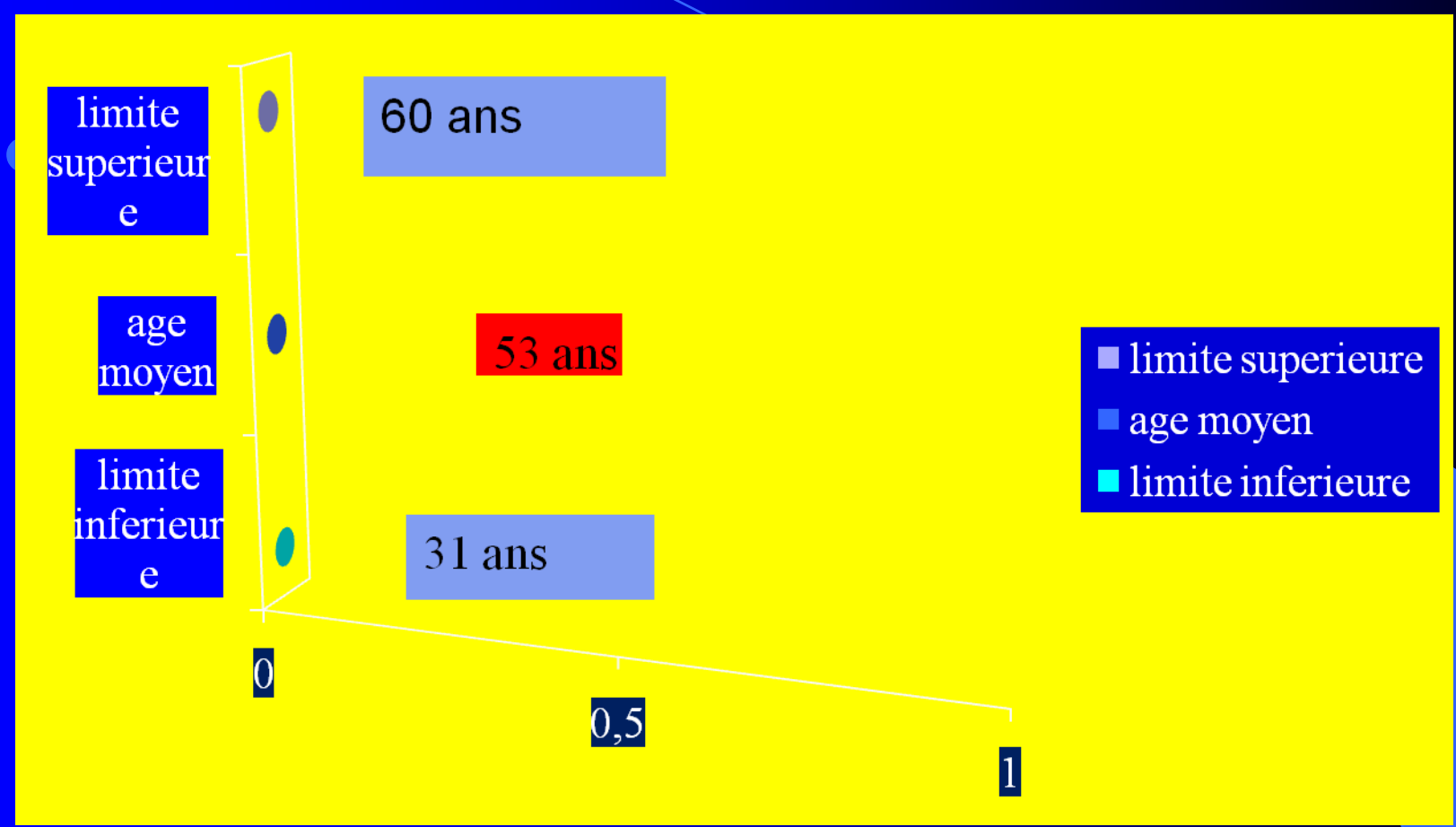
RESULTATS

Sexe ratio 1/3



RESULTATS

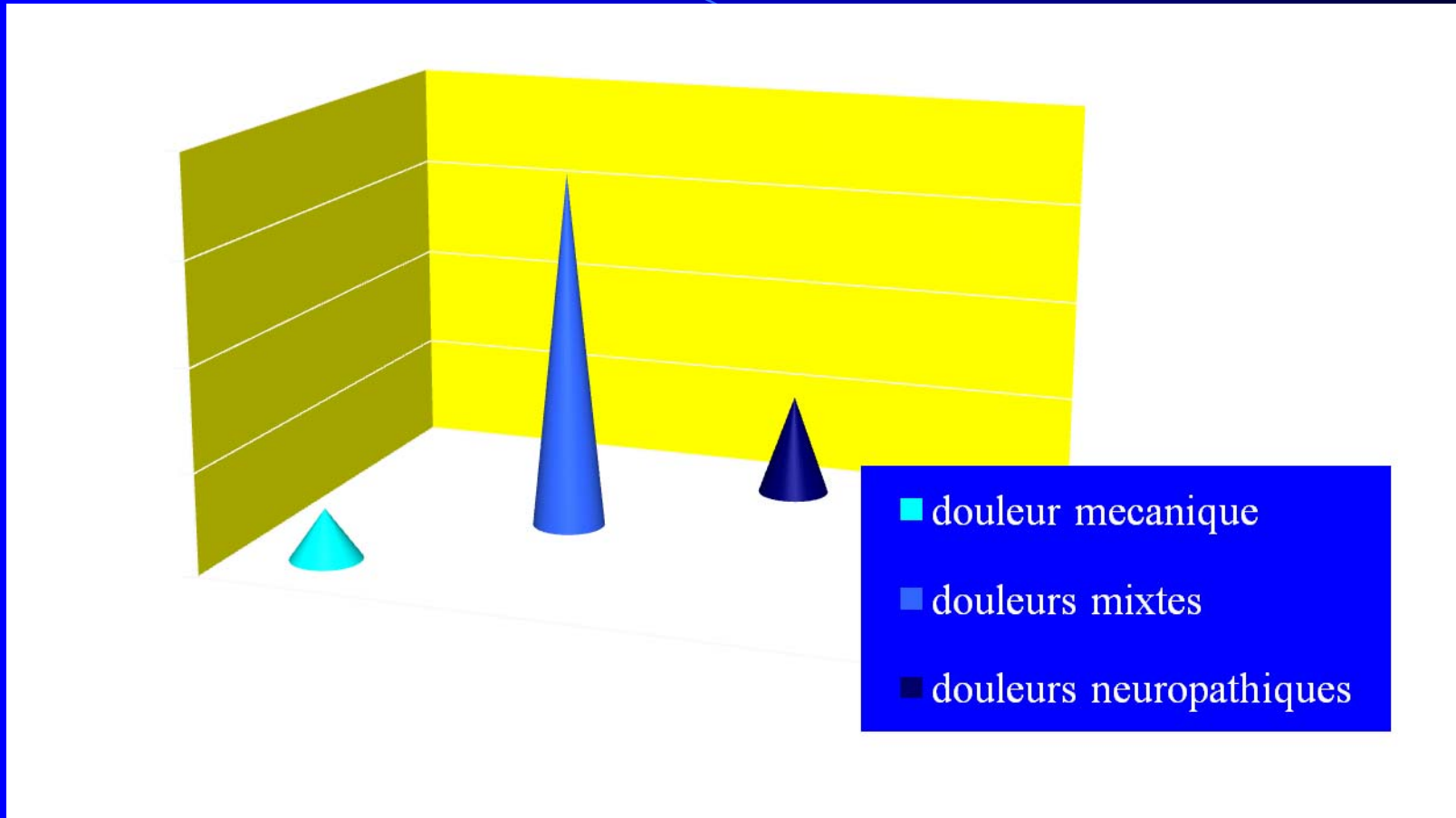
Age moyen



femmes occupant la tranche 40 -60 ans
hommes 31 -50 ans

augmentation de la prévalence avec l'âge (40-50ans)

Douleur



70% composante mixte

20% composante neuropathique avec irradiation douloureuse

10% composante mécanique ,

L'EXPRESSION DE LA LOMBALGIE.

- 12% à l'effort (stress mécanique)
- 8 % contrainte posturale au W
(10% Hoogendoorn,al 2002)
- 10% **somatisation** psychologique,
(8% Valat ,al 2000)
- 60% f. récidivante
(60-80% Valat 1998, Pengel & al 2003),

Quelles sont les lésions (H.D ,arthrose)

30 % discopathies dégénératives
& arthrose (canal étroit)

64 % discopathies dégénératives
+ arthrose interapophysaire post

Déficiences

Raideur rachidienne 40%

syndrome rachidien

Limitation douloureuse Shoober < 2 cm ,
DDS moyenne =22,5 cm).

Déficiences musculaire

- Déficit combiné abdominaux /spinaux 40 % ,
- Déficit abdominaux 30%
- Contracture 30%

Auto-questionnaire EIFEL = retentissement de la douleur sur la capacité à effectuer les (AVQ , profession, loisirs)

score de l'échelle Eifel

Sexe masculin / féminin > 8

temps de marche diminué

activité professionnelle perturbée

diminution de loisir

Changement de position pour soulager mon dos

difficultés à se retourner au lit

Sommeil perturbé par mon mal de dos

TRT de la lombalgie est complexe
L'évolution de la prise en charge a permis le
développement de nouvelle approche
thérapeutique

(recommandations HAS 2000)

SÉDATIVES

86 % ont reçu

- Antalgiques de niveau I , II, AINS
- Myorelaxants,
- Antidépresseurs tricycliques

- Aucune indication de la chirurgie

techniques sédatives passives

CONTENTION LOMBAIRE

- **repos AMI OU ENNEMI ? inutile , néfaste .**
- 40% porteront une orthèse lombaire , ou soutien abdomino-lombaire au cours des activités contraignantes et douloureuses

Contrôle

restriction de la mobilité rachidienne nuisible,
suppléance de la sangle abdominale,
posture & rappel à l'ordre,

techniques sédatives passives

- 40% ont bénéficiés de **thérapie manuelle décontracturante massage** (*effet sédatif, relationnel*)
- IR (*effet chaleur*), US (*effet antalgique*), ,
- 30% **Electrothérapie antalgique** (*stimulation transcutanée par courants de basse ou moyenne fréquence*)

(Poiraudeau .al 2000)

TECHNIQUE ACTIVE

- 80% DES PATIENTS ONT BÉNÉFICIÉ DE KINÉSITHÉRAPIE
- 60% évolution à court terme **bonne**, amélioration du syndrome rachidien,
- 30% évolution moyen /long terme **moyenne**,
↓ phénomènes douloureux ,
- 30% ont gardé une lombalgie **intermittente**.

TECHNIQUES DE FOND +++

Gain des amplitudes ,assouplissement

✓ ETIREMENT STRECHING

GAIN DE FORCE

4 acteurs de la mobilité

créer un corset musculaire autour du tronc.
caisson abdominal

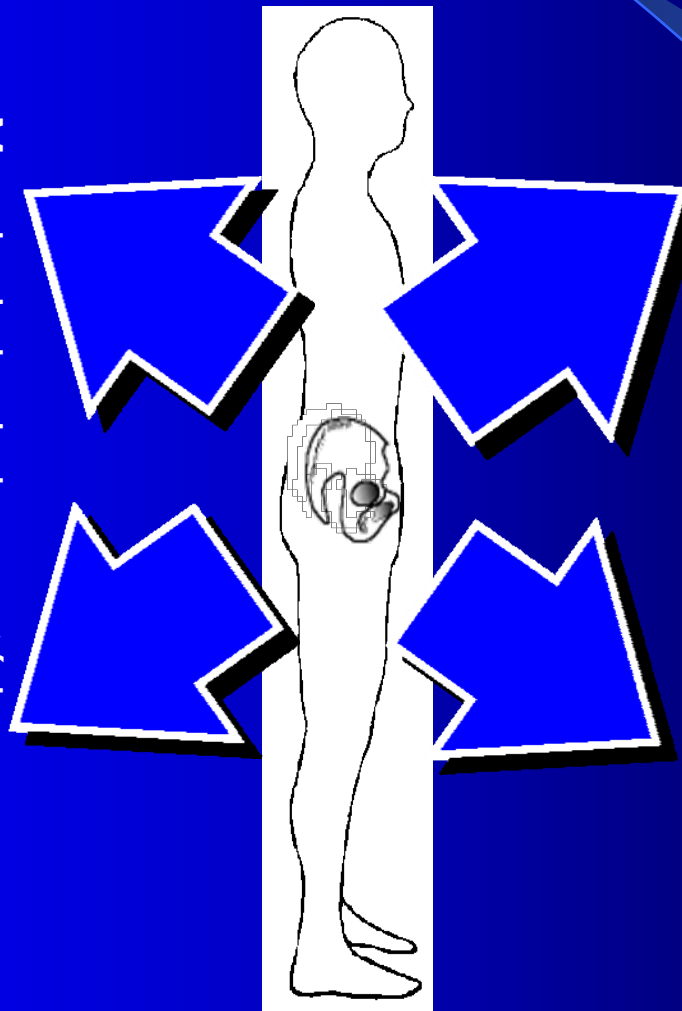


Dorsaux



**Ischiojambiers,
fessiers**

Muscle de la chaîne postérieure



Muscle de la chaîne antérieure



Abdominaux



Quadriceps

RESTAURATION FONCTIONNELLE

- Les mouvements de la charnière lombo-sacrée) sont réflexes, parfois nocifs pour les derniers disques
- rééducation proprioceptive favorisant l'utilisation sans douleur du dos (verrouillage lombopelvien dans les AVQ & professionnelle)

séances d'éducation posturale, collectives en groupe , option attractive

PREVENTION / HYGIÈNE DE VIE

ménager au maximum la colonne lombaire

- **exercices** ergonomiques.
- apprentissage de l'économie du dos (soulever, sortir d'un véhicule, ramasser, se pencher.....)

DISCUSSION/CONCLUSION

- La prévalence la lombalgie commune dans notre série augmente également avec l'âge, le même constat a été fait dans l'étude de **(Goupille & al 2000)**.
- sont le plus fréquemment retrouvées dans la tranche d'âge de 40-60ans (sexe féminin), 31 -50 ans (sexe masculin) et sont moindres au-delà

DISCUSSION/CONCLUSION

- Résultats

Bon : **court terme** → 40%

Moyen : moyen /long terme → 30%

30% gardent une lombalgie récidivante.

Hestbaek, 2003

Au 12ème mois d'évolution

- Persistance dans 2/3 des cas de douleurs

Le plus souvent sans retentissement sur les activités

- Rechutes dans plus de 50% des cas

Sans gravité particulière

Aucune technique ne peut être privilégiée, mais
la combinaison de toute est indiquée

Cette prise en charge a-elle
amélioré les patients ?

Permet-elle de réduire l'invalidité
lombalgique ?

INVALIDITÉ LOMBALGIQUE

Changement de paradigme

- Le problème principal n'est plus le mal de dos lui-même
- C'est L'INCAPACITÉ PROLONGÉE engendrée par le mal de dos

INTÉRÊT D'UNE PRISE EN CHARGE
GLOBALE, PLURIDISCIPLINAIRE

MERCI

