

# La lombalgie

Fiche patho

# Avant-propos

Cette fiche patho vous permettra, en tant que kinésithérapeute, de mieux appréhender la prise en charge de patients souffrant d'une lombalgie.

Vous trouverez dans cette fiche une introduction à la pathologie ainsi que les dernières guidelines concernant le bilan et la prise en charge des patients souffrant d'une lombalgie.



*[Accédez aux versions actualisées de cette fiche sur fullphysio.com](https://fullphysio.com)*

Veillez noter qu'il s'agit d'un sujet qui évolue constamment. Nous tâchons de mettre cette fiche à jour le plus régulièrement possible. Cette version date du mois de janvier 2022.

Pour accéder aux versions actualisées de cette fiche patho, nous vous invitons à vous inscrire sur notre plateforme [fullphysio.com](https://fullphysio.com)

Sur [fullphysio.com](https://fullphysio.com) vous trouverez également des modules EBP, d'autres fiches patho, des quiz, une bibliothèque de tests, une bibliothèque d'exercices ainsi qu'une bibliothèque d'échelles et scores.

# 1. Introduction à la pathologie

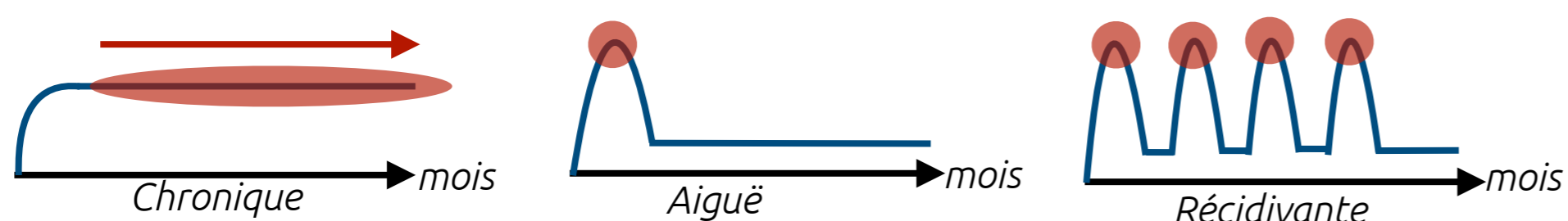
## DÉFINITION

- Lombalgie : « douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Cette lombalgie peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes »
- Pathologie extrêmement prévalente et touchant l'ensemble de la population
- Il est plus adéquat de parler de « lombalgie commune » (LC) que de lombalgie non-spécifique
- La LC est une douleur dans la région lombo-pelvienne caractérisée par l'absence de pathologie spécifique reconnaissable

## CLASSIFICATION DE LA HAS

→ Classification basée sur la **durée** (la plus souvent rencontrée) :

- Lombalgie « aiguë » (moins de 6 semaines)
- Lombalgie « subaiguë » (de 6 à 12 semaines)
- Lombalgie « chronique » (plus de 12 semaines)
- Lombalgie « récidivante » (apparaissant dans les 12 mois après un premier épisode)



### Autres classifications :

#### Classification de O'Sullivan :

- Lombalgies mécaniques avec perturbation du contrôle moteur
- Lombalgies mécaniques avec hypo-mobilité et/ou douleur
- Lombalgies non mécaniques avec hypersensibilisation centrale ou facteurs psychosociaux

#### Classification de Robert Maigne :

- Lombalgies rachidiennes où l'origine peut être objectivée
- Lombalgies centrales où l'on retrouve une hypersensibilisation
- Lombalgies sociales où l'on retrouve des facteurs psychosociaux influençant négativement le patient

#### Classification de McKenzie :

- Syndrome de **dérangement** : il se caractérise par une amélioration rapide des symptômes lors d'un travail dans la préférence directionnelle (lorsque le dérangement est réductible)
- Syndrome de **dysfonction** : il se définit par une douleur intervenant uniquement en fin d'amplitude
- Syndrome **postural** : il se définit par des douleurs liées à des maintiens de postures

## FACTEURS DE RISQUES

Facteurs de risques dans la population générale	Facteurs de risques chez les sportifs	Facteurs de risques de chronicisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible santé générale</li> <li>• Fort stress physique ou psychologique</li> <li>• Antécédents de lombalgie</li> <li>• Présence d'autres conditions chroniques (diabète, asthme, migraine à répétition)</li> <li>• Absence d'activité physique</li> <li>• Tabagisme</li> <li>• Surpoids</li> <li>• Exposition à des charges lourdes</li> <li>• Postures inconfortables ou en flexion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents de lombalgie</li> <li>• Grosses charges d'entraînement ou de compétition</li> <li>• Nombre d'années d'exposition au sport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression</li> <li>• Anxiété</li> <li>• Obésité</li> <li>• Tabagisme</li> <li>• Lombalgie avec douleur dans une jambe</li> <li>• Niveau de handicap élevé lors de l'épisode lombalgique</li> <li>• Exposition à des traitements non adaptés</li> </ul>

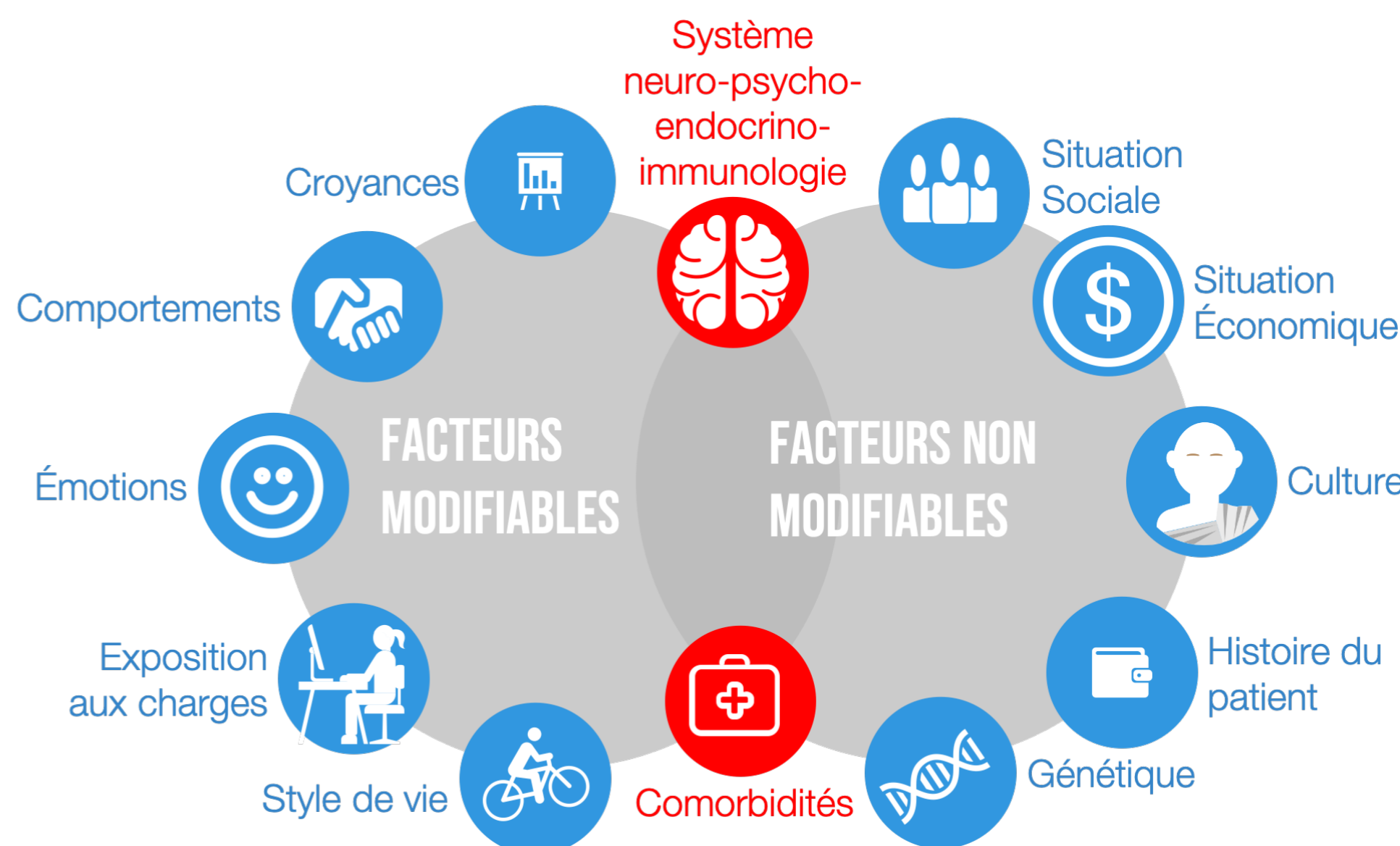
## APPARITION DU MODÈLE BIO-PSYCHO-SOCIAL DANS LA LOMBALGIE

- Au début, un modèle **patho-anatomique** fut proposé :
  - Pourtant : dans 85-90% des lombalgies → aucune structure ne semble être impliquée dans la génération de la douleur
  - Des anomalies sont visibles chez un public symptomatique et asymptomatique
- En 1987, Gordon Waddell's publia l'article : « a new clinical model for the treatment of low back pain ». Il mit alors l'accent sur :
  - L'importance de distinguer douleur et handicap
  - L'importance d'évaluer les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux
- Grâce aux nouvelles études, on sait désormais que la lombalgie est un trouble multifactoriel avec :
  - Une évolution variable
  - Une absence de lien systématique entre douleur et lésion tissulaire

**!** Bien que les **facteurs psychosociaux** puissent être importants dans le comportement des patients, les **composantes biomécaniques** sont importantes dans l'étiologie des problèmes lombaires et dans leur prévention

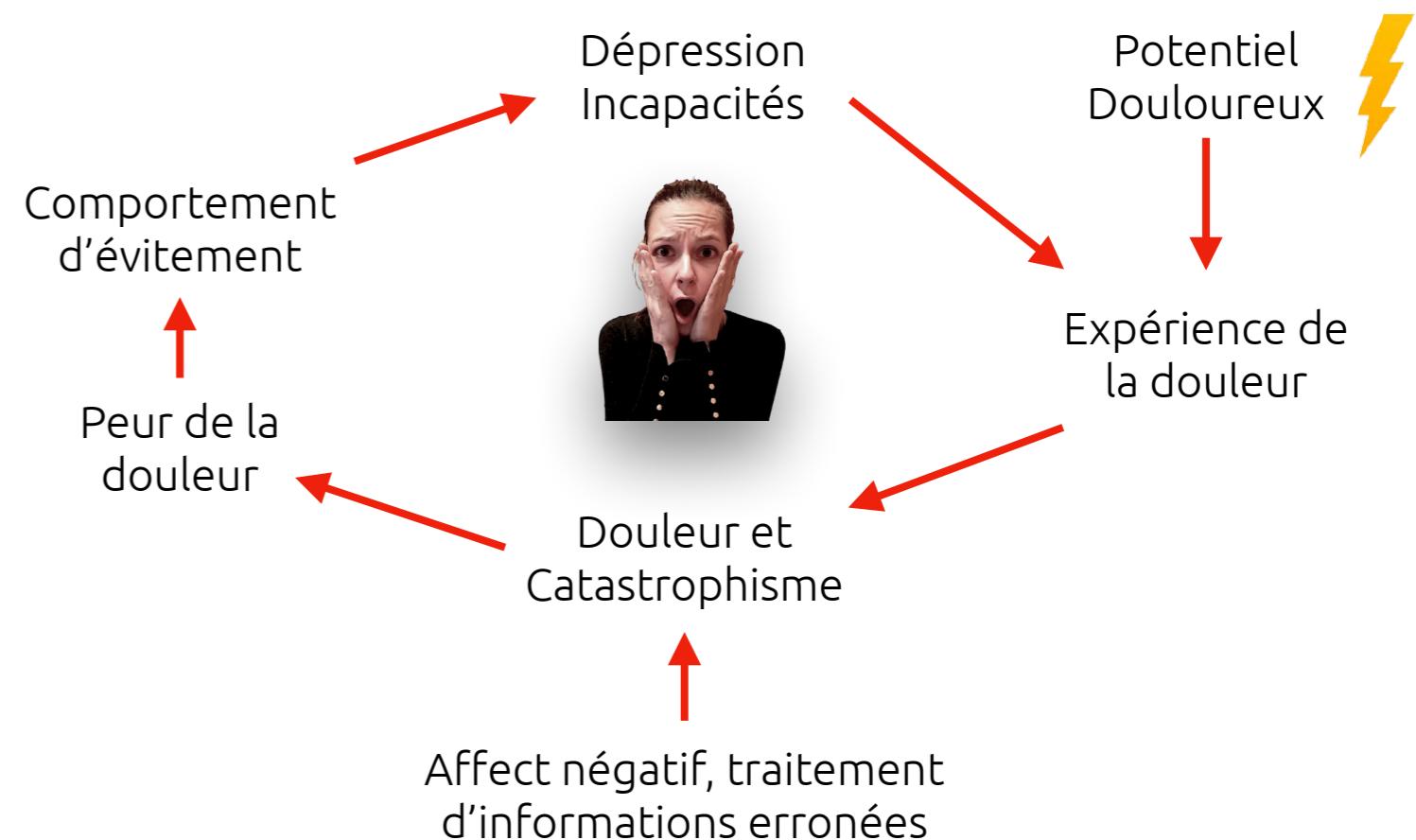
## MAIS ALORS, QU'EST-CE QUE L'ALGIE DANS LA LOMB « ALGIE » ?

- Selon Sullivan, il s'agirait d'un mécanisme de protection faisant suite à une sensation de danger ou de menace perçue par le sujet
- Cette sensation serait influencée par de nombreux agents :
  - Facteurs physiques
  - Facteurs psychosociaux : certains facteurs agiraient négativement sur la douleur comme la dépression, l'anxiété, la peur ou la détresse psychologique
  - Comorbidités, mode de vie et autres facteurs non modifiables (âge, etc...)



## COMPOSANTES PSYCHOLOGIQUES, KINÉSIPHOBIE & LOMBALGIE

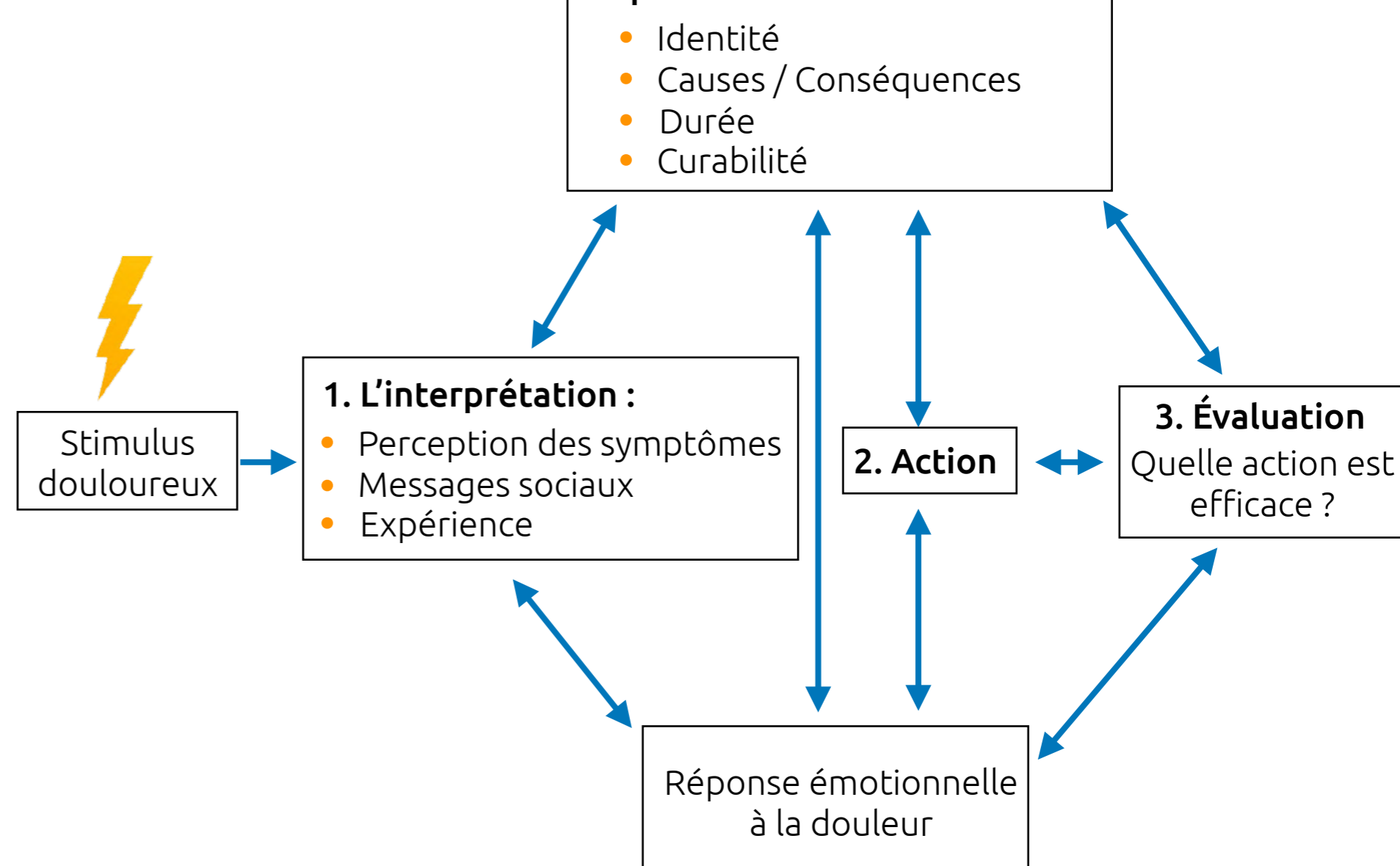
### Le Fear-Avoidance Model (ou modèle de peur-évitement)



### Le modèle du sens commun

- Explique l'impact du raisonnement du patient dans l'entretien de la douleur
- Lors de la perception d'une douleur, le patient se pose 5 questions :
  - Qu'est-ce que cette douleur ?
  - Qu'est-ce qui cause cette douleur ?
  - Quelles conséquences aura-t-elle ?
  - Comment puis-je la contrôler ?
  - Combien de temps va-t-elle durer ?

### Représentation de la douleur :



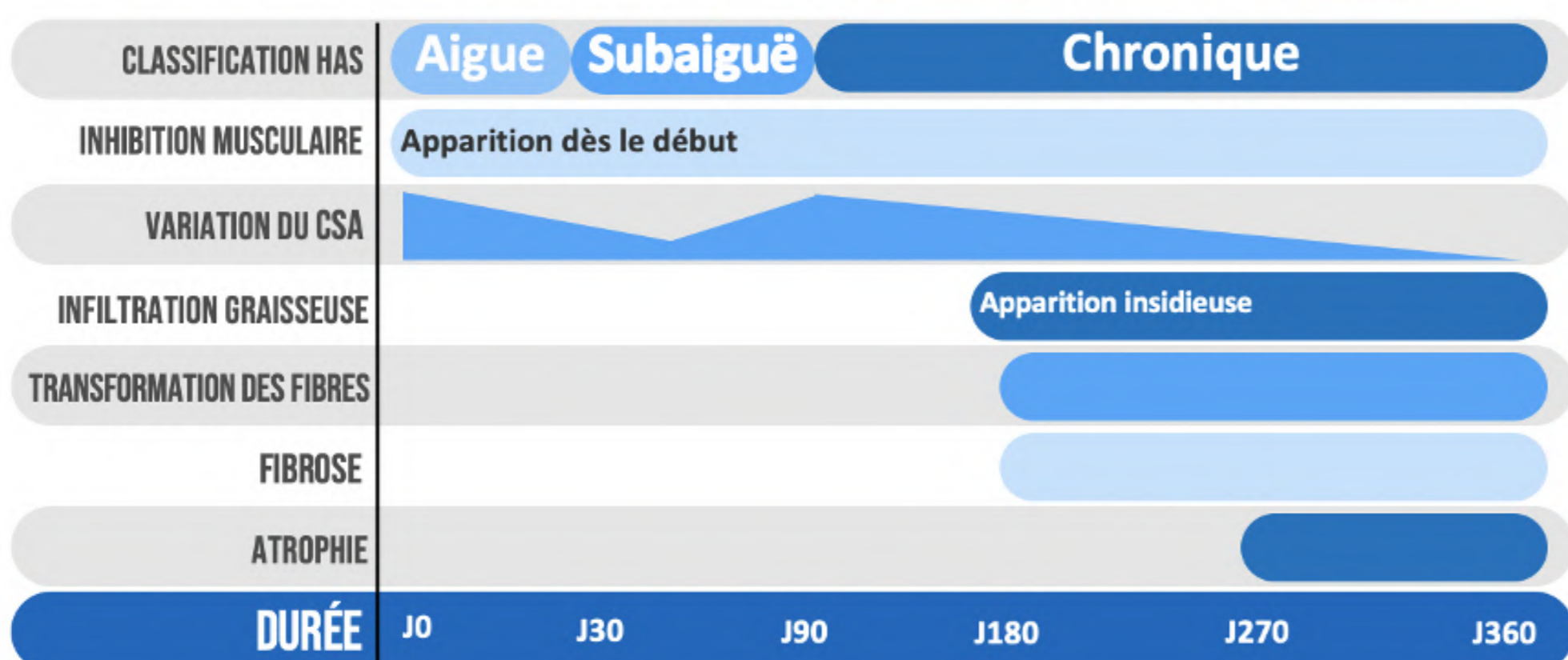
# 1. Introduction à la pathologie

## QUID DES FACTEURS « BIOLOGIQUES » ET « BIOMÉCANIQUES »

- Une incompréhension du modèle de Waddell's ?
  - Dans son article, il parle du modèle « BIO » - psycho-social
  - Pourtant, la majeure partie des études actuelles concernent le psychosocial
- Une difficulté à évaluer les facteurs « biologiques » et « biomécaniques » ?
  - Le diagnostic biologique s'est centré principalement sur les pathologies graves et autres radiculopathies
  - Absence de résultats probants dans le traitement des facteurs « biologiques »
- Absence de « GOLD standard » auquel comparer les traitements des études
  - Mise en place de traitements « génériques »

### Modifications musculaires

## ÉVOLUTION DES CHANGEMENTS MUSCULAIRES DANS LA LOMBALGIE

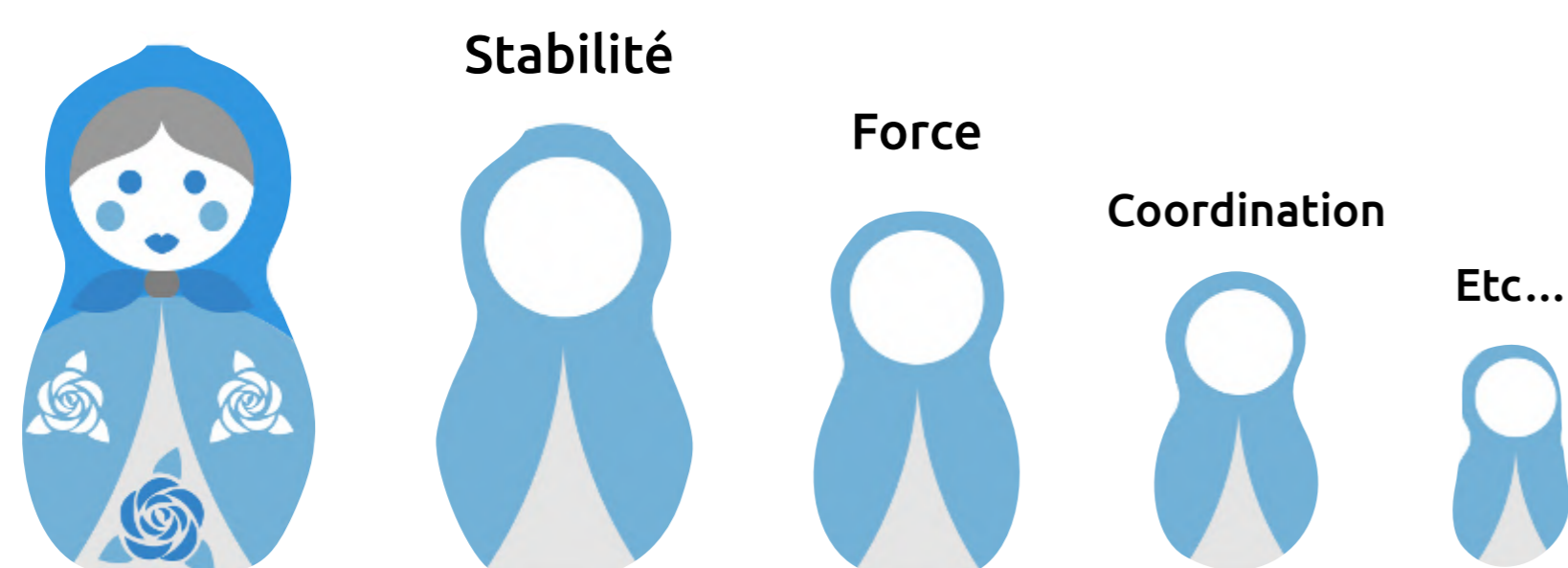


\*CSA = section transversale du muscle

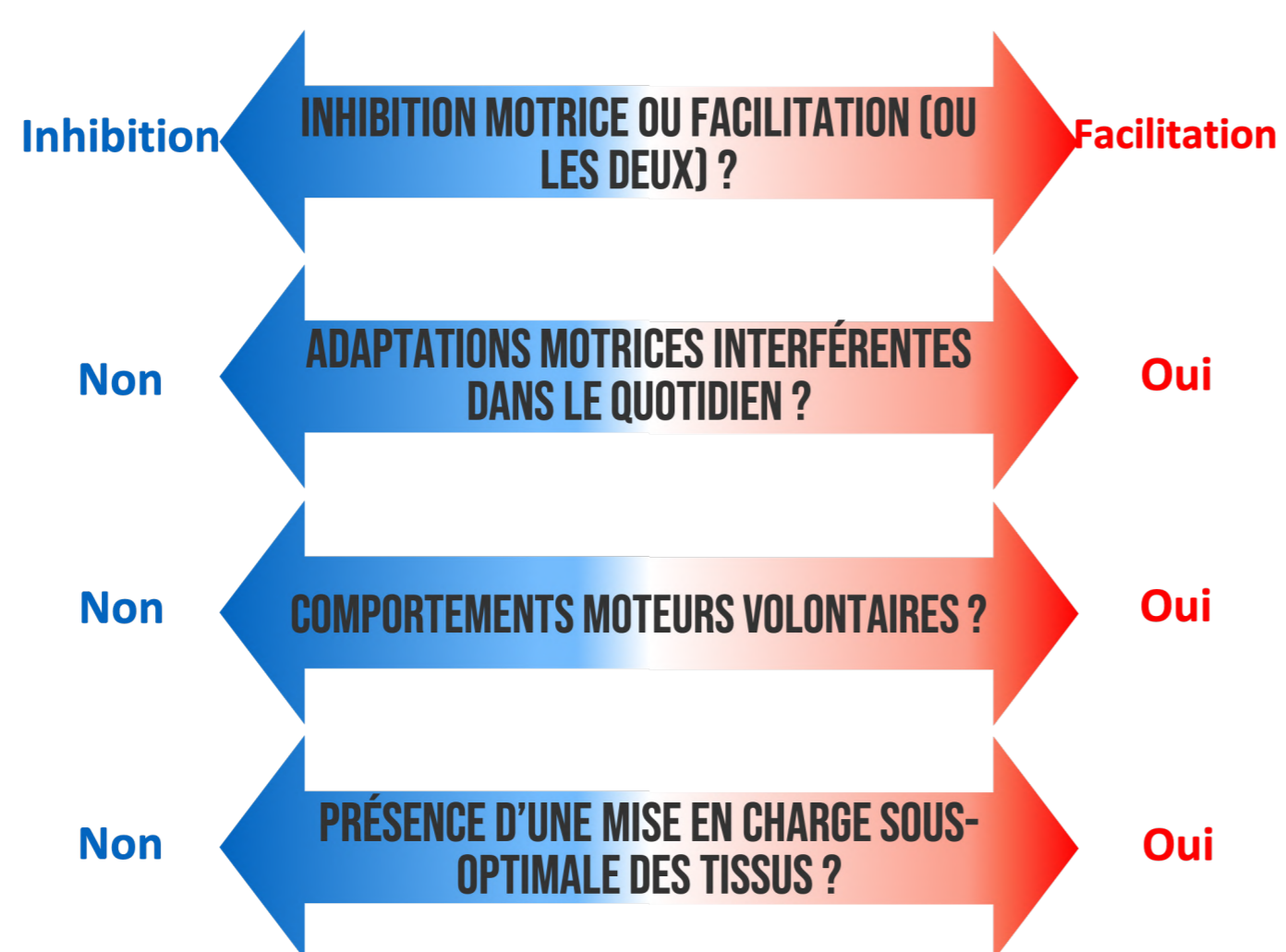
### Stabilité et instabilité

- Une implication partagée :
  - La co-contraction (ou excès de stabilité) maintenue peut entraîner des douleurs et de la fatigue
  - En revanche, aucune preuve suffisante incriminant l'instabilité dans le développement de la lombalgie
  - De même, des abdominaux faibles ne conduisent pas à de la douleur lombaire
- Un concept instable :
  - La stabilité dépend des structures, mais aussi du SNC
  - Ainsi, la stabilité = une partie du contrôle moteur (qui correspond à la capacité de réaliser des co-contractions en synergie)

### Contrôle moteur



- Contrôle moteur :
  - Si des inhibitions dues à la douleur pourraient altérer le contrôle moteur, les preuves scientifiques manquent
  - En revanche, on rencontre généralement 2 types de patients :
    - Le patient « tight control » : augmentation des résistances à réaliser un mouvement
    - Le patient « loose control » : diminution des résistances à réaliser un mouvement
  - Modèle d'adaptation moteur à la douleur selon Chimenti



## ...SUITE...

### Hypo et hyper mobilités

- Pas de preuve scientifique d'une diminution significative de la mobilité chez les lombalgiques
- En revanche, la flexibilité et la répétition d'activités pourraient y être liées !
  - C'est le modèle « Kinésiopathologique »
  - Une répétition de mouvements entraînerait des adaptations musculosquelettiques et neurales
    - Augmentation de la mobilité de certaines vertèbres
    - Augmentation du stress tissulaire !

### Déconditionnement

- Il s'agit de la « perte de la capacité cardiovasculaire ainsi que de la force et de l'endurance des muscles paraspinaux »
  - Malgré un manque d'évidence, il existerait un lien entre déconditionnement, sédentarisme et lombalgie

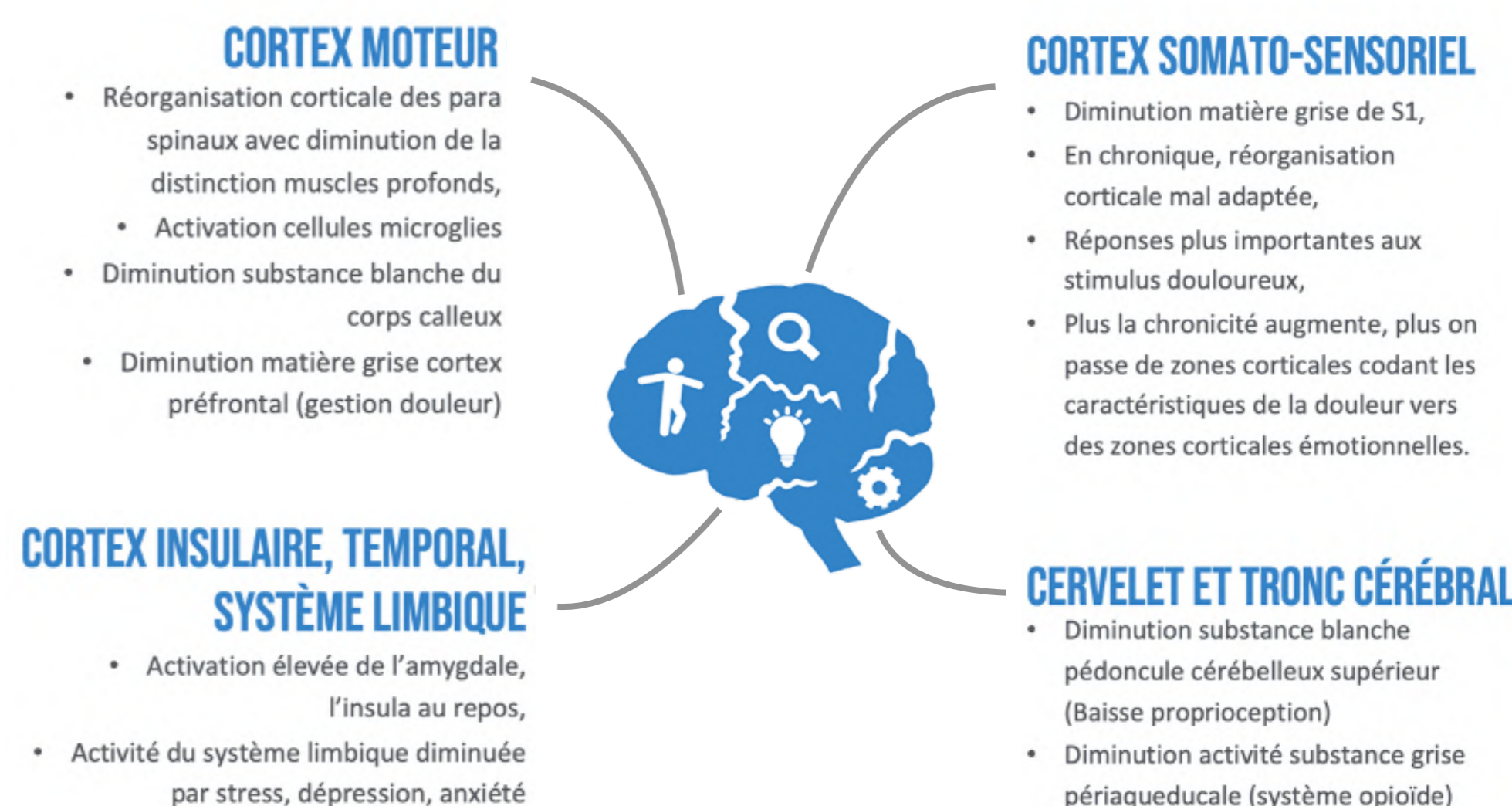


## LOMBALGIE ET SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

### La sensibilisation centrale

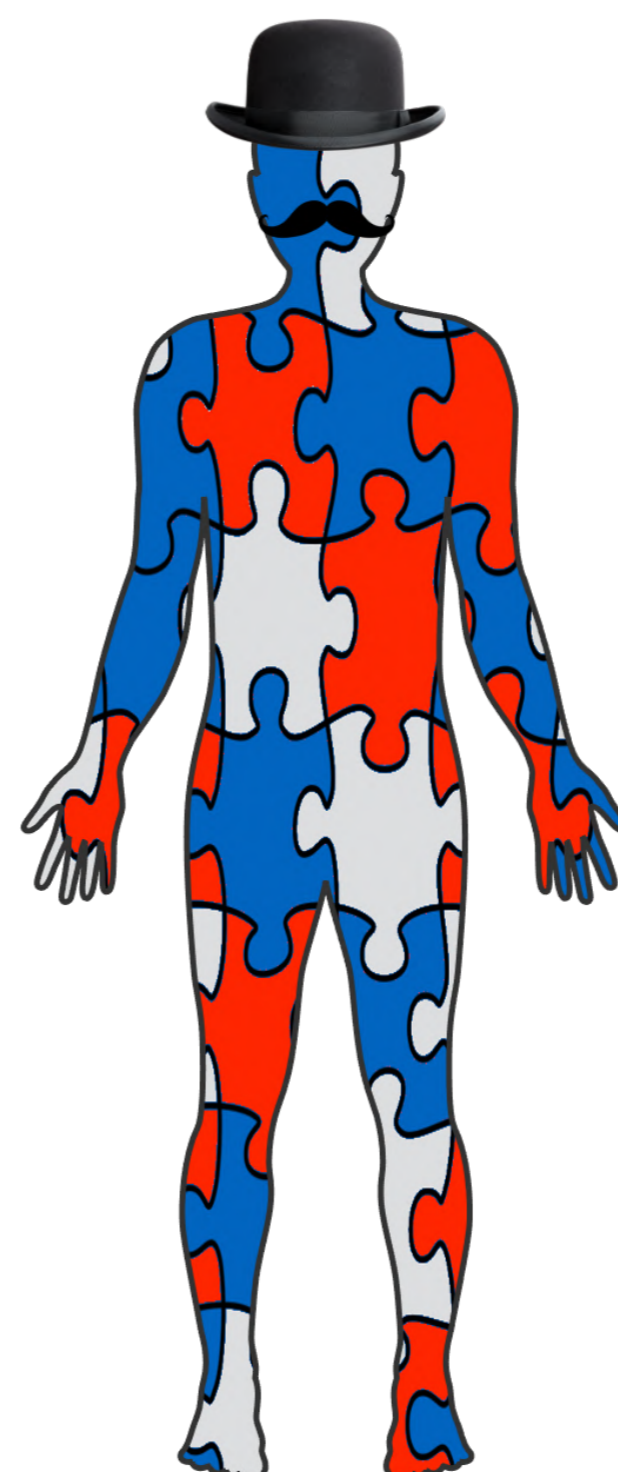
- Définition : « Une augmentation de la réponse des neurones du système nerveux central à des stimulus d'intensité normale ou sous liminaire »
- Présente chez certains lombalgiques
- Lien avec le SNC non établi pour l'instant même si dans d'autres cas, un lien existe

### Modifications identifiées du SNC



### Système « Douloureux » :

- Modification de l'activité du cortex pré-frontal et de la substance grise périaqueducule
- Diminution de l'activité du système limbique (gestion douleur aiguë et chronique)
- Modification du codage des informations depuis des zones codant les caractéristiques de la douleur vers des zones codant l'émotion et l'affectivité
- Lors d'une prise en charge, il est important de prendre en compte l'ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux
  - Tel un puzzle, il sera important de prendre en compte l'ensemble des pièces le composant, sinon, le puzzle sera beau, mais incomplet



### LE « BIO »

- Altérations musculaires, contrôle moteur, biomécanique, modèle kinésiopathologique etc...



### LE « PSY »

- Facteurs négatifs : dépression, anxiété, catastrophisme, kinésiophobie, etc...
- Sensibilisation centrale



### LE « SOCIAL »

- Mode de vie, travail, situation économique, niveau culturel, environnement, etc...


## 2. Bilan/examen clinique

## FORMULER UNE HYPOTHÈSE



- La lombalgie est un SYMPTÔME
- L'hypothèse est utilisée pour **guider** le traitement et établir un pronostic
  - L'hypothèse est ensuite testée et affinée au fur et à mesure de la progression de la rééducation
    - 1ère impression lors de la **première rencontre** dans la salle d'attente
    - Puis **anamnèse** du patient : historique, mécanismes douloureux, facteurs augmentant ou soulageant les douleurs perçues...
    - L'observation se poursuit pendant l'**exécution de mouvements de base**
      - Approfondir les connaissances sur la mécanique et la nature des symptômes
    - **Tests de provocation** pour renforcer ou réduire la probabilité de l'hypothèse
      - Identification des mouvements et des schémas moteurs tolérés
      - Utiles pour formuler le plan d'exercice correctif et la dose de départ de l'exercice thérapeutique tolérable
    - **Tests fonctionnels** choisis sur la base des informations obtenues au cours du processus précédent
  - En tant que thérapeute, nous devons d'abord nous concentrer sur la **réduction de la douleur**
  - Les dysfonctionnements qui n'entraînent **pas de douleur** pourront être traités plus tard

## INTERROGATOIRE DU PATIENT

- **Passage** d'une approche biomédicale (anatomopathologique) à une approche biopsychosociale chez les patients souffrant de lombalgie
- Drapeaux rouge et jaune en premier 
- Symptômes actuels

## ● DOULEUR, FONCTION, ACTIVITÉ, PARTICIPATION

- Site(s) (1, 2, etc.) et propagation (Body chart) et liens entre eux
- Début et durée = aiguë / subaiguë / chronique / récurrent
- Irritabilité (élevée ou faible)
- Comportement sur 24 heures et nature de la douleur (inflammatoire, ischémique, mécanique, neuropathique) provenant des structures articulaires, musculaires, neurales, douleur référée
- Signe comparable (= échelle fonctionnelle spécifique au patient)
- Sensibilisation des structures anatomiques due à des problèmes psychosociaux = sensibilisation périphérique (au stade aigu uniquement) ou centrale = hyperalgésie et/ou allodynie ?
- Antécédents (traumatisme, opération, etc.)
- Antécédents médicaux (p. ex. génétique, soutien)
- Antécédents sociaux (par ex. travail, culture)
- Psycho (par ex. croyances, comportements, stratégie d'adaptation)
- Comorbidités (par ex. obésité, syndrome intestinal, fibromyalgie, dépression...)

## ● Attention particulière au type de douleur perçue :

- Nociceptive : douleur résultant de dommages « réels »
- Neuroplastique : douleur résultant d'une augmentation de la douleur à des stimulus normaux
- Neuropathique : douleur résultant de l'atteinte directe du système somato-sensoriel
- Douleur mixte



## ● Définir le type de douleur selon certains auteurs :

## ● La douleur neuropathique selon Nijs :

- Y a-t-il eu des antécédents de lésion ou de maladie du système nerveux ?
- Si des comorbidités sont présentes, sont-elles liées à une douleur neuropathique (cancer, AVC, diabète, zona ou maladie neuro-dégénérative...)?
- La distribution de la douleur est-elle neuro-anatomique ?
- La douleur est-elle décrite comme une sensation de brûlure ou de piqûre ?
- La localisation du dysfonctionnement sensoriel est-il neuro-anatomique ?

## ● Suspicion de douleur neuroplastique, nociceptive ou nociplastique selon Freynhagen :

- Où ressentez-vous la douleur, à quelle intensité et depuis quand ?
- La douleur est-elle ressentie constamment ? Au repos ? En mouvement ?
- Quels mots utiliser pour décrire la douleur ?
- Y a-t-il une cause identifiable de la douleur ?
- La douleur est-elle une cause de détresse psychologique ?
- D'autres symptômes ou changements ?

## ● Détection des instabilités radiologiques ou fonctionnelles selon Cook à travers les sensations perçues par le patient :

- Sensation de dos qui cède
- Besoin de réaliser fréquemment des auto manipulations afin de faire « craquer » le dos
- Épisodes de symptômes fréquents
- Une faible coordination neuromusculaire avec la présence de tremblements, une faiblesse musculaire en force et en endurance
- Des mouvements aberrants avec des shift latéraux lors de mouvements actifs

## PRÉSENCE DE MOUVEMENTS ABERRANTS ?

- Observables durant le déplacement du patient ou relatés par ce dernier :
  - Douleur lors du retour de la flexion lombaire
  - Déviation du plan sagittal lors d'une flexion ou d'une extension
  - Besoin de s'aider de ses mains pour se relever d'une position en flexion (signe de Gower)
  - Inversion du rythme lombo-pelvien



## RED FLAGS

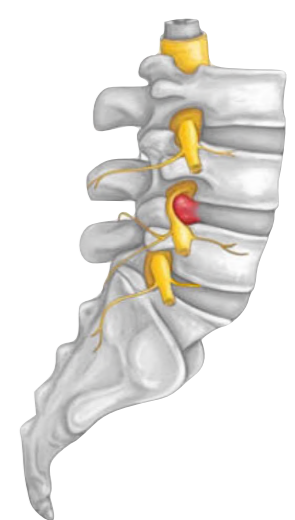


## ● Contexte social et définition

- Depuis le pacte de refondation des urgences en 2019, les kinésithérapeutes peuvent accueillir les patients atteints de lombalgie en première intention (en France)
- L'évaluation des drapeaux rouges et oranges fait donc partie intégrante du devoir des thérapeutes
- Les drapeaux rouges sont définis comme : « des caractéristiques, des antécédents médicaux et/ou de l'examen clinique de l'individu supposés être associés à un risque élevé de troubles graves »

## ● Description

- Il en existerait plus de 163 différents et ils pourraient être évalués lors d'une première consultation ou durant l'évolution du patient
- Parmi les pathologies graves (qui ne représentent que 1% des lombalgies), on retrouve :
  - Spondylarthrite ankylosante
  - Infection
  - Fracture vertébrale
  - Syndrome de la queue de cheval
  - Cancer



## ● Fonctionnement

- Notion indispensable : le niveau de préoccupation. Il s'agit de la « probabilité d'être en présence d'une pathologie grave »
- Étant donné que tous les Red Flags n'ont pas la même valeur (signes et symptômes plus ou moins connus, antécédents, etc...), c'est l'association de ces signes et symptômes qui est importante malgré le manque d'études validant ce système
- En fonction du niveau de suspicion, le thérapeute adaptera sa démarche :

Niveau de suspicion (probabilité d'une pathologie grave)	Démarche à suivre
Très faible (0-25%)	Débuter une thérapie (à adapter selon l'évolution clinique)
Faible (25-50%)	Débuter une thérapie avec attention vigilante
Fort (50-75%)	Renvoyer/réorienter urgemment le patient vers un médecin sans débuter une thérapie
Très fort (75-100%)	Renvoyer/réorienter le patient vers les urgences sans débuter une thérapie

	<b>T</b>	<b>TRAUMATIQUE</b> Choc avec forte cinétique, apparition soudaine de la douleur...
<b>INFECTIEUX</b> Fièvre, asthénie...	<b>I</b>	
	<b>N</b>	<b>NEUROLOGIQUE</b> Perte de sensibilité ou de force...
<b>TUMORAL</b> Perte de poids, historique de cancer...	<b>T</b>	
	<b>I</b>	<b>INFLAMMATOIRE</b> Douleur insidieuse et nocturne, améliorée à l'exercice...
<b>VASCULAIRE</b> Troubles du retour veineux, phlébite...	<b>V</b>	

## TESTS CLINIQUES &amp; CLASSIFICATION : TOUJOURS D'ACTUALITÉ ?

Est-ce utile de réaliser des tests ?

- Dans « 85-90% des lombalgies, aucune structure n'a pu être mise en cause comme source de douleur »
- Pourtant, toute structure innervée pourrait participer à la douleur
- Les facteurs nociceptifs jouent un rôle majeur dans la LC **aiguë** et **subaiguë** (Balague et al. 2012 ; Hamidi et al. 2014)
- **Diverses structures** ont été déterminées comme étant des sources nociceptives (75%) :
  - Articulations zygapophysiales
  - Disques intervertébraux
  - Articulations sacro-iliaques



- Cependant, les « sources » nociceptives ne peuvent être clairement déterminées que chez **la moitié** des sujets atteints de LC chronique (Aure et al. 2003 ; Laslett et al. 2005 ; O'Sullivan 2013)

## 2. Bilan/examen clinique

Tableau récapitulatif des « Tests & échelles évaluant les facteurs biologiques et/ou biomécaniques ? »

Zone abordée	Tests	Évidence scientifique
Douleur discogénique	Test des mouvements répétés (Mckenzie)	Test utile et applicable
Articulations Zygapophysiales	Test d'extension et rotation	Peut être utilisé pour exclure les articulations zygapophysiales
Sacro-iliaques	Cluster de Laslett	Utile et applicable en pratique afin d'exclure la sacro-iliaque de l'origine de la douleur
Syndrome myofascial douloureux	Score composite de Travell et Simons	Fiabilité et reproductibilité interrogeable
Défaut de coordination ou "instabilité"	Cluster des tests d'instabilité	Il s'agirait d'un des moyens les plus fiables pour s'intéresser au contrôle moteur
	Test de Biering-Sorensen	L'usage du test de Biering-Sorensen n'est pour l'instant pas forcément conseillé
	Batterie de tests de Luomajoki	Peuvent être mis en place facilement malgré un certain manque d'évidence scientifique à leur sujet

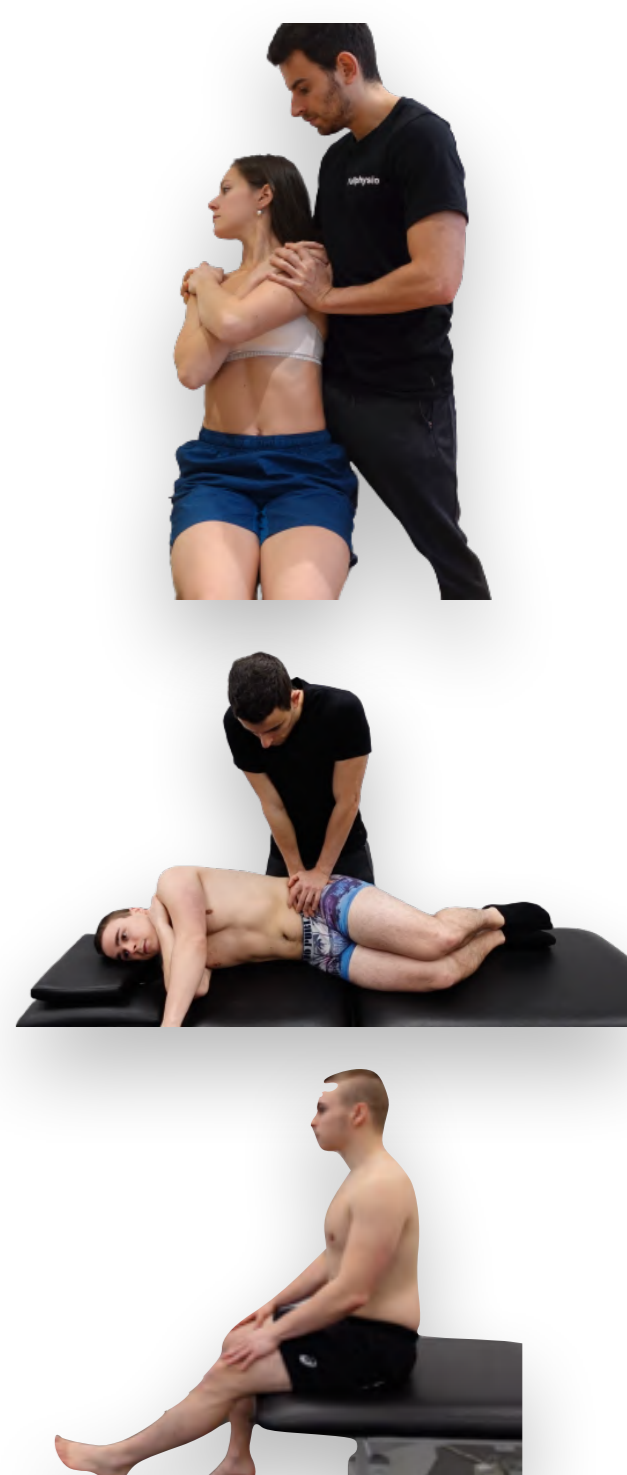


Tableau récapitulatif des « Tests & échelles orientés vers le diagnostic différentiel »

Diagnostic différentiel	Évidence scientifique
Atteinte radiculaire	L'usage en combiné du SLR avec la règle d'Hancock permettrait de détecter les hernies discales avec atteintes de la racine nerveuse. À ceci pourrait s'ajouter le SLR croisé qui présenterait un taux de vraisemblance positif acceptable (Petersen et al., 2017)
Sténose lombaire	L'usage de la règle Cook permettrait de détecter les sténoses lombaires. Cette dernière pourrait être complétée par un test de marche en flexion (Petersen et al., 2017). Nous noterons que la dernière revue de Petersen fixe le cluster à 4 tests positifs sur 5 et non 3 comme décrits initialement (Cook et al., 2011; Petersen et al., 2017)
Spondylolisthésis	L'usage des 2 signes positifs (glissement intervertébral et palpation/mesure de la mobilité) avec le test d'extension lombaire passif permettraient de mettre en valeur la présence d'un spondylolisthésis
Fracture	La règle de Henschke ne semble pas suffisante. C'est bien l'association des Red Flags qui semble être la plus adaptée
Compression nerveuse périphérique (sciatalgie/cruralgie)	Le SLR et le SLUMP test sont réalisables et combinables avec le test de Bowstring. Le test de Léri présente une sensibilité de 50% et une spécificité de 100%
Syndrome piriforme	Le FAIR test ou le HCLK pourraient être utilisés en combinaison aux caractéristiques de la douleur malgré un manque notable d'études scientifiques sur le sujet.

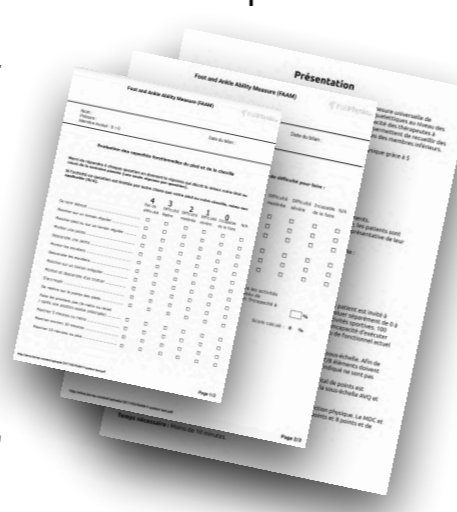
### Tests & échelles orientés vers les facteurs psychologiques et sociaux

- L'ensemble des facteurs psycho-sociaux est généralement évalué dans le système des « Flags », on parle alors de :

- Yellow Flags : ensemble des barrières psycho-sociales à la rééducation (augmentant le risque de chronicisation)
- Orange Flags : troubles psychologiques sévères et relevant du domaine psychiatrique
- Blue Flags : perception négative des facteurs contrôlables du travail du patient (ex : relation professionnelle)
- Black Flags : perception négative des facteurs non contrôlables du travail du patient (ex : nature du travail)

- Afin d'évaluer le plus synthétiquement possible les facteurs psycho-sociaux du patient :

- Le Start-Back Tool : évaluation globale permettant de stratifier les patients selon un niveau de risque
- L'Örebro Musculoskeletal Pain Screening : similaire au Start-Back
- Le Tampa Scale of Kinesiophobia 11 : évaluation rapide et fiable de la kinésiophobie
  - Alternatives : Tampa Scale of Kinesiophobia « classique », Fear Avoidance and Belief Questionnaire (FABQ)
- Le Coping Stratégies questionnaire : pour évaluer les stratégies de coping
  - Alternatives : Chronic Pain Coping Index (CPCI)
- Le Pain Catastrophizing Scale : évaluation rapide et fiable du catastrophisme
- Le Pain Self Efficacy questionnaire : évaluation de l'autonomie du patient malgré la douleur



### Évaluation de la sensibilité à la douleur ou « Pain Sensitivity »

- La « Pain Sensitivity » = le fait que certaines personnes présentent des expériences et des perceptions de la douleur plus intenses que d'autres
- Impact clinique : tests orthopédiques erronés (car positifs systématiquement), difficultés durant le traitement

### Intérêt de l'usage des imageries ?

#### Contexte :

- L'augmentation de la réalisation d'imageries -> Augmentation du risque de lombalgie à long terme
- L'imagerie à elle seule ne peut servir à définir l'apparition de la lombalgie ainsi que son pronostic
- La surutilisation de l'imagerie est génératrice de handicap et de peur
- Le vieillissement normal n'est pas associé à la douleur
- La prévalence des caractéristiques dégénératives est plus importante (OR : 2,5-20) entre les trentenaires et les cinquantenaires lombalgies VS sujets sains (Brinjikji et al. 2015)
- Étude longitudinale (10 ans) ne montre pas d'association entre l'apparition des dégénérescences à l'IRM et les épisodes de lombalgie chez 91 patients LC (Tonosu et al. 2017)

#### Conséquences pratiques :

- La radio peut être mise en place lors d'un risque majeur d'être face à une fracture vertébrale
- Une radio et un IRM peuvent être réalisés lors d'une suspicion de tumeur vertébrale ou d'infection spinale
- Un IRM peut être réalisé lors d'une suspicion de syndrome de queue de cheval, en présence de troubles neurologiques graves, d'une sténose du canal lombaire ou en vue d'une chirurgie

### Conclusions sur les différents types de douleurs

#### Douleur nociplastique :

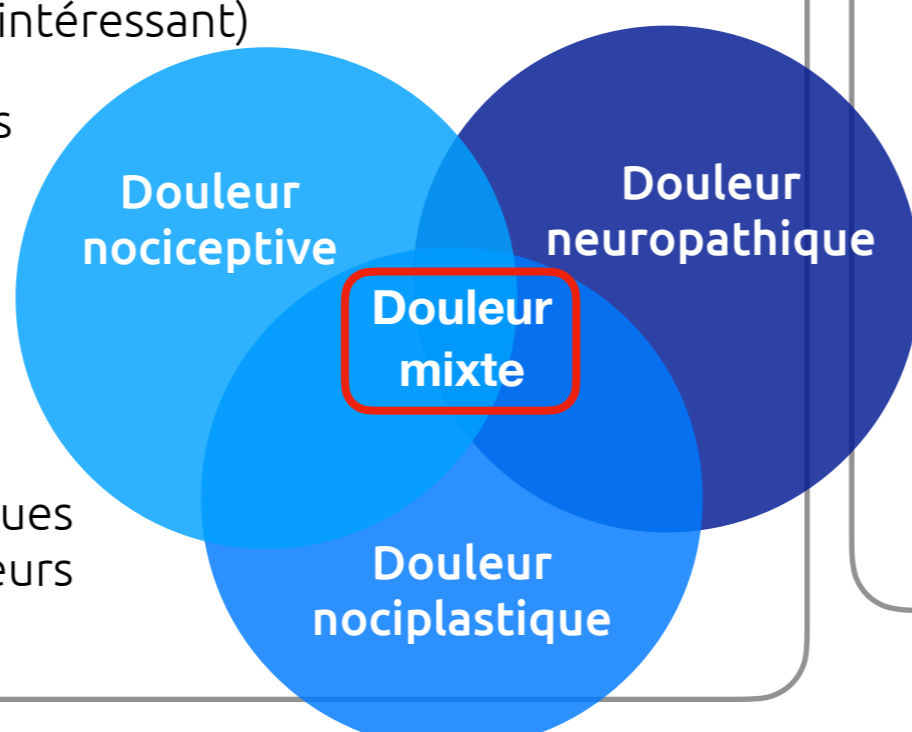
- Son évaluation reste compliquée
- Les questionnaires sembleraient intéressants même si leur construction laisse planer quelques doutes
- Les tests sensoriels quantitatifs présenteraient quant à eux un intérêt certain malgré un manque d'études et de consensus à leur sujet

#### Douleur neuropathique :

- Son évaluation est aisée par le biais d'échelles comme le DN4 (ou le LANSS, l'ID Pain ou le Pain Detect malgré un usage clinique moins intéressant)
- L'anamnèse permet d'obtenir les informations nécessaires qui seront retranscrites dans le DN4

#### Douleur nociceptive :

- Il n'existe que peu de détails concernant leur évaluation
- Son évaluation se base sur des échelles classiques (comme l'EVA) et sur l'écartement des douleurs neuropathiques et nociceptives



### Conclusions concernant le diagnostic

- Objectif n°1 : écarter tout risque de pathologies graves, de pathologies spécifiques ou de syndromes radiculaires
- Objectif n°2 : réaliser un bilan bio-psycho-social sans fragmenter notre patient selon une approche bio ou psycho ou sociale

#### Ouvertures :

- Au final, la douleur semble être le point commun à tout type de lombalgie (aiguë, chronique, etc...). Il serait donc pertinent d'aborder notre patient selon le type de douleur observée (nociceptive, neuropathique, nociplastique)
- Pour aller plus loin, le modèle de raisonnement clinique du « Pourquoi ? Où ? Comment ? » pourrait être utilisable puisqu'il permet de mettre en lien un mécanisme, une localisation ainsi que les possibles modulations locales
- L'utilisation d'un graphique radar tel que proposé par Tousignant-Laflamme ou O'Sullivan permettrait une évaluation globale de notre patient

### 3. Prise en charge

#### ÉVOLUTION & PRONOSTIC

**Dans la lombalgie en général :**

- Favorable en quelques semaines
- Indépendamment de l'âge des patients
- 60 à 80% des patients présenteraient des symptômes après 12 mois de prise en charge
- Risque de récurrence durant les 12 mois après l'épisode lombalgique
- Meilleur pronostic chez les patients souhaitant retourner au travail
- Moins bon pronostic chez les patients présentant des facteurs psycho-sociaux ou environnementaux

**Cas de hernies :**

- 63 à 66% des hernies se résorberaient naturellement
- Le taux de résorption serait proportionnel à la hernie rencontrée

#### TRAITEMENT CONSERVATEUR VS CHIRURGICAL

**Traitement de première ligne :**

- Conseils, encouragements vers le retour au travail ou à l'activité physique
- Réorientation du patient vers un kinésithérapeute
- Traitement pharmacologique si traitement non pharmacologique inefficace
- Arrêt de travail le plus court possible

**Prise en charge invasive :**

- Injections d'analgésiques envisageables uniquement dans les sciatiques aiguës et sévères
- La « dénervation » par radiofréquence semble inefficace
- Chirurgie non recommandable hormis dans les cas de sciatique, échec du traitement conservateur ou troubles significatifs à l'imagerie

#### MÉDICATIONS ENVISAGEABLES

- Ne pas proposer en première intention (certains consensus proposent de ne pas l'envisager tout court)

**Médicaments utilisables :**

Paracétamol, anti-inflammatoires topiques, myorelaxants et corticostéroïdes sans effets bénéfiques.

Certains auteurs considèrent que les anti-inflammatoires sont efficaces à court terme sur la douleur dans les lombalgies chroniques ou aiguës.

En revanche, aucun type d'anti-inflammatoire ne semble se détacher...

➔ Seul les opioïdes sembleraient utiles à court terme. Attention tout de même aux effets secondaires !

#### GUIDELINES ACTUELLES

Pour la description de tous ces traitements, rendez-vous sur la plateforme [Fullphysio](#)

Thérapie	Foster (lombalgie aiguë) (Foster et al., 2018)	Foster (lombalgie chronique) (Foster et al., 2018)	Oliveira (Oliveira et al., 2018)	HAS (Haute Autorité de Santé, 2019b)	Urits (Urits et al., 2019)	Corp (Corp et al., 2021)	Meroni (lombalgie chronique) (Meroni et al., 2021)	George (lombalgie aiguë) (George et al., 2021)	George (lombalgie chronique) (George et al., 2021)
Conseils pour rester actif	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Éducation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Chaleur superficielle	✓	✗	N/A	~	~	~	✗	N/A	N/A
Exercice thérapeutique	~	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Thérapie Cognitives et Comportementales	~	✓	✓	✓	✓	✓	✓	~	~
Manipulations	2nd	2nd	✓ (si pas d'amélioration)	2nd	~	2nd	2nd	✓	✓
Massage	2nd	2nd	N/A	2nd	~	N/A	2nd	✓	✓
Acupuncture	2nd	2nd	✗	~	~	N/A	~	N/A	N/A
Yoga	✗	2nd	N/A	~	N/A	N/A	~	N/A	N/A
Thérapies basées sur la réduction du stress – Mindfulness	✗	2nd	N/A	2nd	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Réhabilitation inter/multi disciplinaire	✗	2nd	✓ (chez les chroniques)	✓	N/A	✓	✓	N/A	N/A
Électrothérapie (TENS)	✗	✗	N/A	2nd	~	✗	✗	N/A	N/A
Ultrasons	✗	✗	N/A	✗	N/A	✗	✗	N/A	N/A
Diathermie	✗	✗	N/A	N/A	N/A	✗	✗	N/A	N/A
Tractions lombaires	N/A	N/A	N/A	✗	~	✗	✗	✗	✗
Taping	N/A	N/A	N/A	✗	N/A	N/A	✗	N/A	N/A
Soutien au sommeil	N/A	N/A	N/A	N/A	✓	N/A	N/A	N/A	N/A

Légende du tableau : « ✓ » : traitements validés par la revue sélectionnée, « ✗ » : traitements non indiqués. « ~ » : traitements sur lesquels le manque d'évidence ne permet pas d'affirmer une réponse claire. « 2nd » : traitements utilisables en seconde intention ou en combinaison. « N/A » = traitement non évalué dans la revue sélectionnée.

#### VERS UN TRAITEMENT PERSONNALISÉ

##### Traitements orientés vers les facteurs biologiques

• **Lutte contre l'inhibition :**

- Les exercices de contrôle moteur semblent efficaces malgré la difficulté à engager spécifiquement le multifide
- Les exercices de type « skilled training » semblent plus efficaces que des exercices simples
- Les exercices en décubitus ventral ou avec bassin en antéversion sont utiles pour engager le multifide préférentiellement

- Les exercices avec électrostimulation ne semblent pas pertinents pour l'heure actuelle. À l'inverse, les exercices avec Biofeedback permettraient d'améliorer le contrôle du multifide

• **Lutte contre l'inflammation :**

- La pratique d'une activité physique permettrait de diminuer cette inflammation malgré l'absence de définition des modalités d'exercice

• **Renforcement musculaire et lutte contre les modifications musculaires (en phase chronique) :**

- L'exercice de type « hypertrophie musculaire » permettrait de diminuer l'infiltration graisseuse
- Les exercices isométriques n'entraîneraient pas une augmentation du volume musculaire
- Les exercices dynamiques se montreraient quant à eux plus efficaces que les exercices isométriques lorsqu'ils se rapprochent des recommandations de l'American College of Sports Medicine (ACSM) quant au renforcement musculaire en force

• **Lutte contre le déconditionnement en général :**

- Se référer aux recommandations de l'OMS chez l'adulte entre 18 et 64 ans
- À noter tout de même le lien flou entre déconditionnement général et lombalgie



### 3. Prise en charge

#### VERS UN TRAITEMENT PERSONNALISÉ (suite)

##### Traitements orientés vers les facteurs biologiques (suite)

- **Amélioration de la « stabilité » :**
  - De nombreuses revues ont évalué les exercices de type « CORE stability » avec des résultats divergents (certains présentent des effets positifs sur la douleur et l'état physique supérieurs à d'autres types de thérapies tandis que d'autres ne trouvent pas de différence)
  - Dans toutes les revues étudiées, aucune ne constate une amélioration de la « stabilité » ou du « CORE »
- **Amélioration du modèle kinésiopathologique :**
  - Les exercices de MVCE (Movement Control Exercise) pourraient présenter des effets sur la douleur, le pattern de mouvement et les activités du patient malgré un manque de consensus et de résultats parfois divergents. À noter que les effets positifs parfois observés seraient dus à un changement de perception plutôt qu'à la récupération d'un mouvement
  - L'éducation semblerait pertinente malgré une absence de littérature
  - Le Biofeedback présenterait des effets positifs

##### Traitements orientés vers la douleur

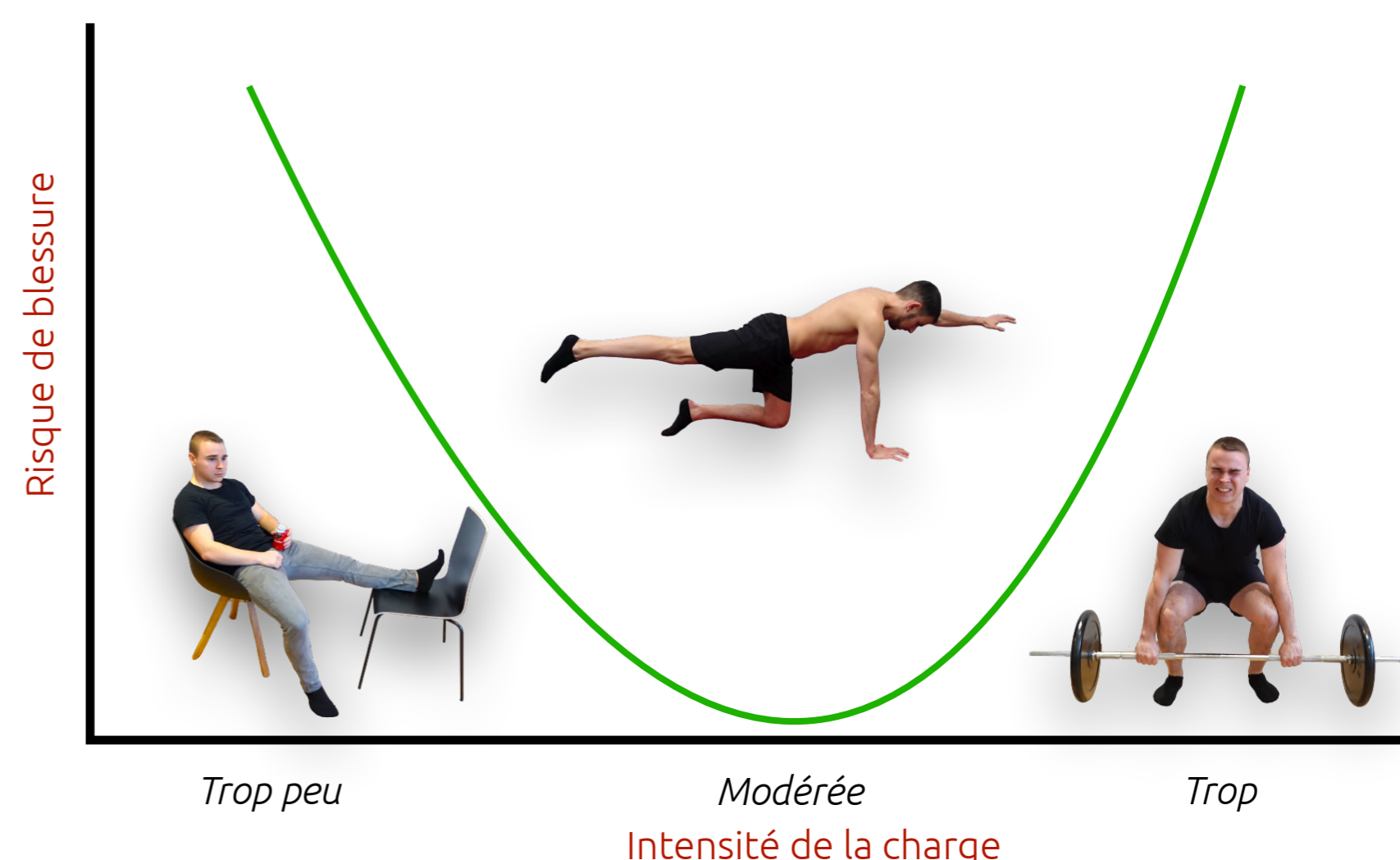
- **Lutte contre la douleur :**
  - La réalité virtuelle semble efficace
  - L'exercice régulier permettrait de diminuer la douleur :
    - L'exercice doit débiter à distance en augmentant durée et intensité progressivement
  - L'éducation semble efficace mais elle ne doit pas se limiter à de l'éducation à la douleur et elle doit être intégrée à un programme d'exercices et de mouvements
  - La relaxation et la respiration pourraient moduler la douleur
  - Les mouvements fonctionnels pourraient moduler la douleur
- **Lutte contre la sensibilisation centrale :**
  - Il n'existe pas à notre connaissance de traitement validé dans la lombalgie. Les propositions ci-dessous sont donc des pistes pouvant être explorées :
    - L'éducation à la douleur combinée à de l'exercice thérapeutique semblerait efficace
    - L'exposition graduelle permettrait elle aussi une diminution de la sensibilisation centrale (Attention tout de même, la seule étude rencontrée est un cas clinique)
    - La gestion du stress et du sommeil améliorerait la sensibilisation centrale

##### Traitements orientés vers les facteurs psychologiques

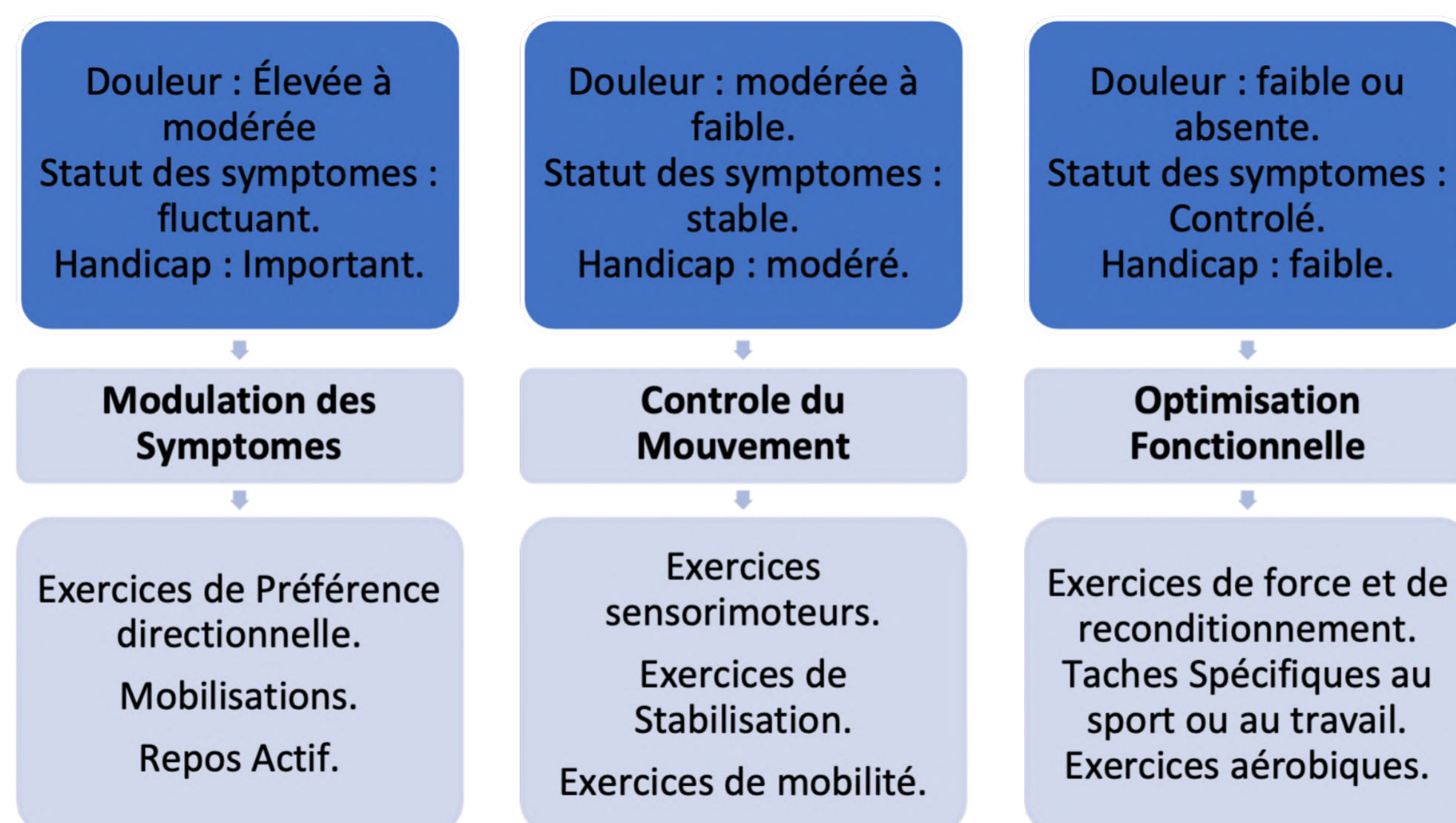
- **Lutte contre la kinésiophobie :**
  - La réalité virtuelle semble efficace
  - Les thérapies cognitives et comportementales semblent efficaces
  - Les exercices en groupe basés sur des exercices fonctionnels / tâches semblent efficaces malgré quelques manquements méthodologiques
  - Les pilates sembleraient efficaces et ce notamment combinés à une approche bio psychosociale
  - L'exposition graduelle semblerait elle aussi adaptée même si elle ne présenterait pas des effets supérieurs à d'autres thérapies actives
- **Amélioration de la confiance en soi et des stratégies de coping :**
  - Concernant les « coping skills training », très peu de littérature existe malgré les effets positifs rapportés par certaines études
  - Concernant les thérapies cognitives et comportementales, elles semblent recommandables dans l'amélioration de la confiance en soi et des stratégies de coping
- **Lutte contre la dépression et l'anxiété :**
  - Le Mindfulness semble prometteur malgré le manque de consensus à son sujet
  - L'exercice physique semble efficace et ce indépendamment du type d'exercice (aérobie / non aérobie)
  - Les thérapies cognitives et comportementales seraient efficaces
  - La thérapie cognitive fonctionnelle semblerait plus efficace qu'une combinaison exercice / thérapie manuelle sur la dépression et l'anxiété
- **Lutte contre le catastrophisme :**
  - Les thérapies cognitives et comportementales sembleraient efficaces
  - La thérapie cognitive fonctionnelle s'avère prometteuse malgré le manque de consensus scientifique à son sujet
  - L'exposition graduelle serait efficace
  - Les exercices en groupe basés sur des tâches sembleraient efficaces
  - Le mindfulness serait lui aussi une option envisageable
- **Amélioration du sommeil :**
  - La pratique d'exercice physique améliorerait la qualité du sommeil (l'exercice aérobie en particulier)
  - La thérapie cognitive et comportementale pour l'insomnie est quant à elle recommandée par de nombreux auteurs
  - Le mindfulness et le yoga pourraient présenter des effets positifs malgré un manque de consensus à leur sujet

#### L'EXERCICE D'UN POINT DE VUE BIOLOGIQUE

→ La charge du rachis et le risque de blessure forment une courbe en forme de U



#### Le « Treatment Based Classification » (Alrway et al., 2016) :



Le tableau ci-dessous décrit les principaux thèmes à aborder avec le patient. Les contenus sont issus de l'article de Kjaer et al. (2018) :

Message clé	Mise en application	Objectifs visés
Un dos en bonne santé nécessite un équilibre entre les demandes et les capacités	Contrôle de la douleur au quotidien par les différents comportements du patient	Amélioration activité physique Amélioration de la variété des mouvements Prise en compte des facteurs externes au dos dans la douleur perçue
La douleur est une alarme (bien que Thorn fasse plus référence à une sonnette (Thorn, 2020) qu'une alarme) La douleur n'évoque pas forcément une lésion. Le cerveau peut d'ailleurs moduler la douleur perçue	Exercice	Compréhension des mécanismes douloureux Compréhension de l'influence des peurs et pensées sur l'expérience douloureuse Réalisation d'exercices et de mouvements sans peurs
Les « mauvaises » postures et les déformations de la colonne vertébrale sont fréquentes et non dangereuses	Présentation de différentes imageries avec des « défauts » structurels ou non	Comprendre l'absence de lien entre IRM et douleurs Comprendre la variation de morphologie entre des individus sains
L'action précède les améliorations Les mouvements naturels inhibent la douleur L'exercice renforce le dos	Traitement avec autonomisation et implication du patient	Compréhension de la nécessité de réaliser un exercice physique Ne pas être dans l'attente d'un traitement passif Meilleur contrôle et perception de son corps
Le dos est fait pour bouger Le dos est fort	Exercices et activité physique	Avoir des expériences positives avec le mouvement Explorer les différents mouvements offerts par le dos Comprendre comment l'exercice améliore les capacités de notre dos

## 4. Bibliographies

Brumagne, S., Diers, M., Danneels, L., Moseley, G. L., & Hodges, P. W. (2019). **Neuroplasticity of Sensorimotor Control in Low Back Pain**. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49(6), 402–414.

Christe, G., Crombez, G., Edd, S., Opsommer, E., Jolles, B. M., & Favre, J. (2021). **Relationship between psychological factors and spinal motor behaviour in low back pain: A systematic review and meta-analysis**. *Pain*, 162(3), 672–686.

De Campos, T. F., Maher, C. G., Fuller, J. T., Steffens, D., Attwell, S., & Hancock, M. J. (2021). **Prevention strategies to reduce future impact of low back pain: A systematic review and meta-analysis**. *British Journal of Sports Medicine*, 55(9), 468–476.

Meroni, R., Piscitelli, D., Ravasio, C., Vanti, C., Bertozzi, L., De Vito, G., Perin, C., Guccione, A. A., Cerri, C. G., & Pillastrini, P. (2021). **Evidence for managing chronic low back pain in primary care: A review of recommendations from high-quality clinical practice guidelines**. *Disability and Rehabilitation*, 43(7), 1029–1043.

Saueressig, T., Owen, P. J., Diemer, F., Zebisch, J., & Belavy, D. L. (2021). **Diagnostic Accuracy of Clusters of Pain Provocation Tests for Detecting Sacroiliac Joint Pain: Systematic Review With Meta-analysis**. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 51(9), 422–431.

Supp, G., Schoch, W., Baumstark, M. W., & May, S. (2020). **Do patients with low back pain remember physiotherapists' advice? A mixed-methods study on patient-therapist communication**. *Physiotherapy Research International*, 25(4).