

# Lombalgie: comment éviter la chronicité ?

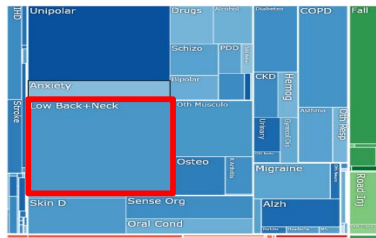
SMPR 24 juin 2015  
Dr S. Genevay  
Consultation multidisciplinaire du dos  
Service de rhumatologie

## Au menu

- Quelle chronicité ?
- Comment ça marche ?

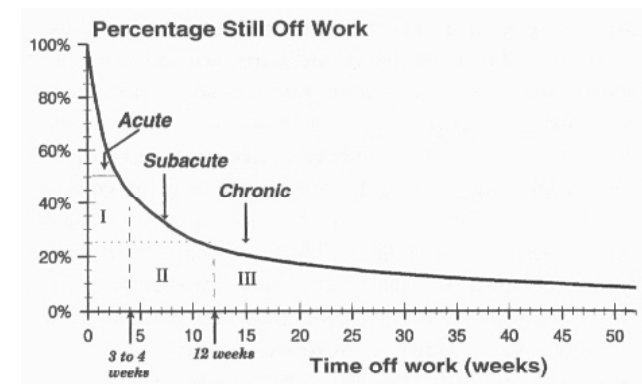
## Problématique

- Rachis cervical + lombaire = le plus gros pourvoyeur d'**années de vie vécues ajustée au handicap**, devant les maladies cardiovasculaires.
- **10%** des patients les + chronique = **70% des coûts**
- En Suisse le coût est de 4 milliards / an en 2007

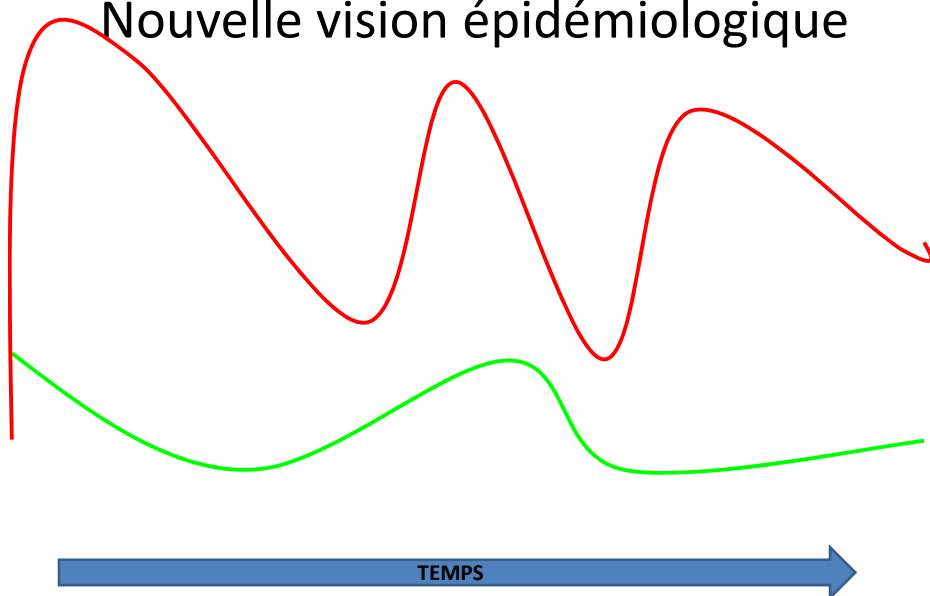


**Années de vie ajustées au handicap** = années de vie perdues + handicapées (pondérées)

## Ancienne vision de la chronicité « épidémiologique »



## Nouvelle vision épidémiologique



## Sy. Lombo-vertébral épidémio

Nouvelle perspective :

Une maladie chronique type asthme

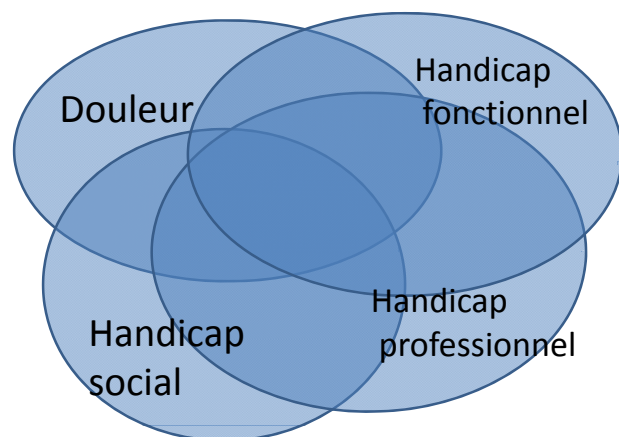
50% ne consultent pas

50% consultent, parmi eux :

- 13-58 % Episodique, récupération totale
- 13-83% Fluctuant, sans récup totale
- 18-36% Constant faible à modéré
- 5-21% Constant sévère

6

Cliniquement :  
La chronicité est multidimensionnelle



Syndrome lombo-vertébral  
poser le diagnostic

- Drapeaux rouges
  - Fracture (trauma, ostéoporose)
  - Infection (spondylodiscite, épидурite)
  - Inflammatoire (SpA, PMR)
  - Tumoral (bénin, malin: primaire, métastase)
  - Viscéral (anévrisme ao, pancréas, endométriose, ulcère gastrique, fibrose rétro-péritonéale ...)

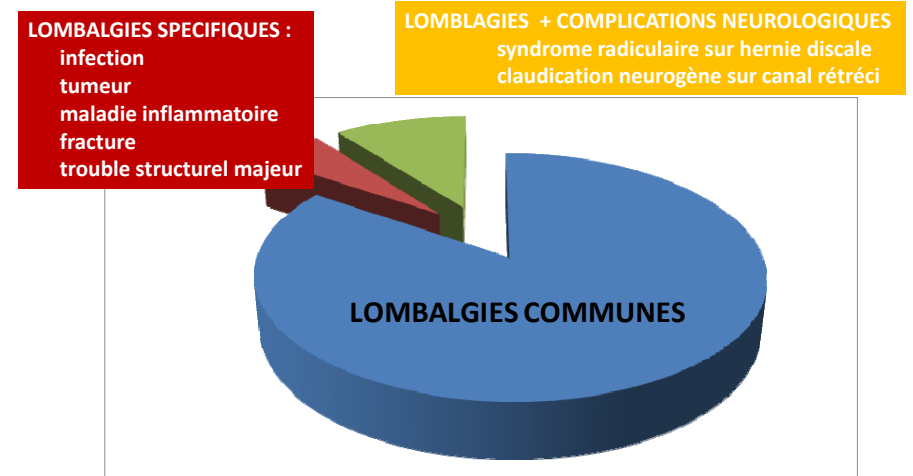


## Lombalgie spécifique



- **Fracture**
  - Trauma
  - Osteoporoses
- **Infection - cancer**
  - Fièvre, perte poids.
  - Antécédents
  - Infection récente
  - Drogue iv
  - Immunosuppression
  - Douleurs insomniantes
- **Spondylarthropathies**
  - Douleurs inflammatoires
  - Antécédents
  - AA familiale
- **Déficit neurologique**
  - Troubles mictionnels
  - Anesthésie en selle
  - Faiblesse musculaire sévère ou progressive

## De quoi parle-t-on ?



## Signaux d'alertes (drapeaux rouges)

- Age : < 20 et < 50 ans
- Traumatisme
- Douleur inflammatoire :
  - nocturne, raideur matinale (dérouillage)
- Antécédents de néoplasie
- Injections intraveineuse de drogues
- Déformation majeure de la cage thoracique
- Signes généraux
  - perte pondérale, fièvre frisson
- Médicaments : immunosupresseurs, prednisone
- Symptômes / signes neurologiques
  - Queue de cheval, déficit moteur, sensitif, réflexe

## Syndrome lombo-vertébral poser le diagnostic

### Prise en charge spécifique

- Trouble statique sévère ou juvénile
- Neurologique : syndrome radiculaire, claudication neurogène.

### Pathologie proche (fesse)

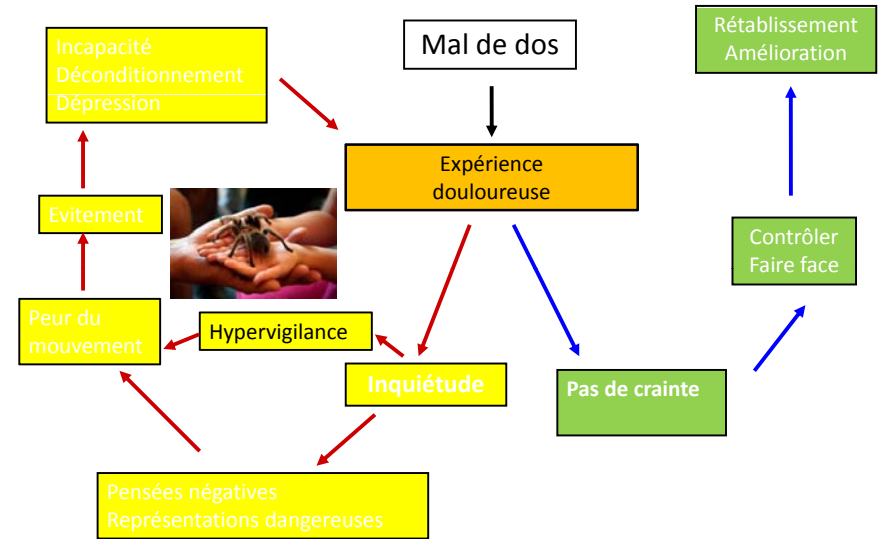
- dysfonction S-I, périarthrite, coxo-fémoral

→ Mixte : diagnostic positif & d'exclusion

# Chronicisation

## 2 Mécanismes

- Sensibilisation central
- Cercle vicieux de Vlaeyen

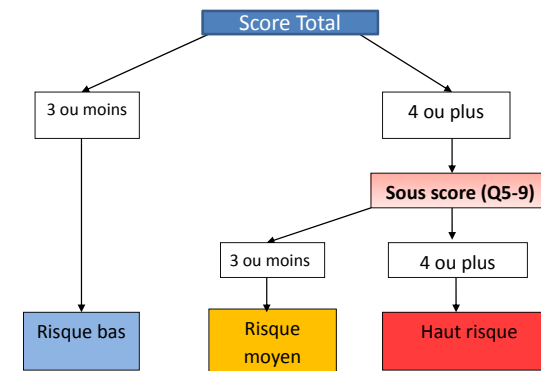


Selon Vlaeyen et al  
Pain, 62, 363, 1995

## STarT Back screening tool

	Au cours des 2 dernières semaines :	Pas d'accord	D'accord
1	A un moment donné au cours des deux dernières semaines, mon mal de dos s'est <b>propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
2	A un moment donné, au cours des deux dernières semaines, j'ai eu mal à l' <b>épaule</b> ou au <b>cou</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
3	Je n'ai <b>parcouru à pied que de courtes distances</b> à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis <b>habillé(e) plus lentement</b> que d'habitude à cause de <b>mon mal de dos</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
5	<b>Il n'est pas vraiment prudent</b> , pour une personne dans un état comme le mien, d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
7	Je considère que <b>mon mal de dos est épouvantable</b> et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
8	De manière générale je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il <b>gêné</b> pendant ces <b>2 dernières semaines</b> ?		
	Pas du tout   Légèrement   Modérément   <b>Beaucoup</b>   Enormément		
	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 1		

## STarT Back screening tool



Réviser sa pratique dans les prises en charge de patients lombalgiques - Fribourg 2013

## Conception courante :

- Mon mal de dos est lié à une lésion
- 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 (bec de perroquet, disque noir,...) = chaise roulante / dos foutu / ...



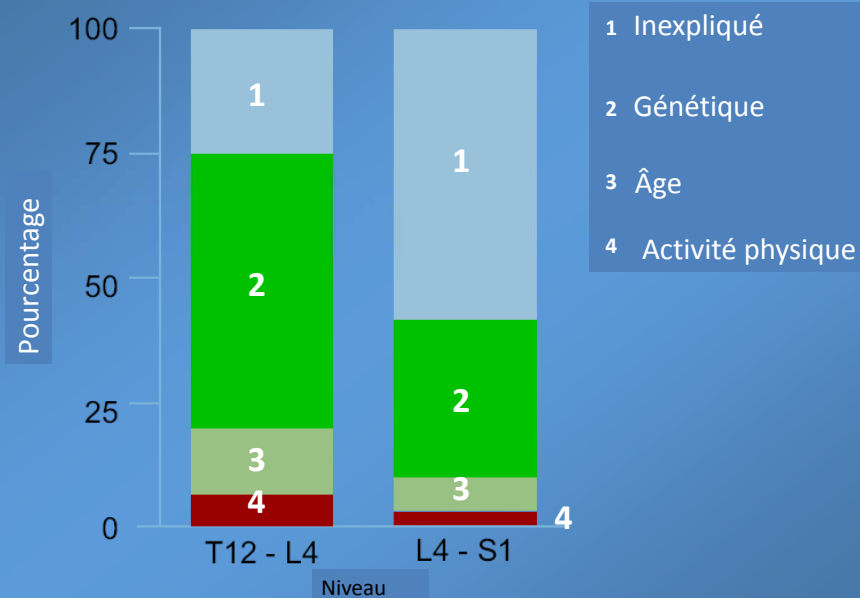
18

## Examen clinique



19

## Déterminants de la dégénérescence discale



## Comment traiter la L.A ? Le cas Federer



## Imagerie: lequel a mal au dos ?

IRM : normalité

D'où vient la douleur



1.- Une lésion ?

- Muscle / tendon / disque / articulation



OU ...

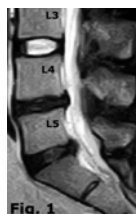
2.- Une dysfonction ?



## Qu'est-ce qu'un sy. lombo-vertébral?



- Que voit-on à l'IRM lors du 1er épisode chez un patient dont on pris la peine d'avoir fait une IRM alors qu'il n'avait pas de symptôme ?



## Qu'est-ce qu'une lombalgie commune ?



- Que voit-on à l'IRM lors du 1er épisode chez un patient dont on pris la peine d'avoir fait une IRM alors qu'il n'avait pas de symptôme ?

AUCUNE image particulière

## Lombalgies et IRM

- IRM et prédiction d'évolution ?
  - Discopathie (90%), HIZ (25%), arthrose (30-80%), protrusion (>50%) hernie (2-30% selon taille) → **NON**
  - Modic I (?chez asymptomatique): possible
- Etude nichée dans un RCT :  
Une **IRM normale** (3-5%) est prédictive d'une évolution **DEFAVORABLE**

## Préliminaire

- L'importance des **croances** de type peur-évitement (fear-avoidance belief) chez le thérapeute influence son comportement et le traitement qu'il prescrit.  
Main, Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010
- Il y a des preuves que cela influence directement l'évolution clinique de son patient



### Effects of noxious stimulation and pain expectations on neuromuscular control of the spine in patients with chronic low back pain

Yves Henchoz, PhD<sup>a</sup>, Charles Tétreau, MSc<sup>b</sup>, Jacques Abboud, MSc (c)<sup>b</sup>,  
Mathieu Piché, DC, PhD<sup>a</sup>, Martin Descarreaux, DC, PhD<sup>a,\*</sup>

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

### Effect of a Long-lasting Multidisciplinary Program on Disability and Fear-Avoidance Behaviors in Patients With Chronic Low Back Pain

#### Results of a Randomized Controlled Trial

Marco Monticone, MD, PhD,\* Simona Ferrante, PhD,\*† Barbara Rocca, Psy,\*  
Paola Baiardi, PhD,‡ Fulvio Dal Farra, PT,\* and Calogero Foti, MD§

Clin J Pain • Volume 00, Number 00, ■■ 2013

www.clinicalpain.com | 1

- Séances axées sur la diminution de la peur et sur l'amélioration de la gestion des situations anxiogènes
- L'adjonction de séances de TCC au traitement multimodal augmente l'efficacité

### La ½ du monde Met-il son dos en danger ?



### Lombalgie risque faible :

#### 1<sup>ère</sup> phase :

- Rassurer le patient !
- Le repos au lit forcé prolonge l'épisode !
- Garder le plus d'activité possible raccourci l'épisode
- Adapter l'antalgie :
  - Paracétamol, AINS, plus rarement tramadol
  - Eventuellement sirdalud le soir (effet 2<sup>nd</sup> ++)
  - CAVE : globalement peu d'effet !



## Lombalgie risque faible :

### 1<sup>ère</sup> phase :

- Rassurer le patient !
- Le repos au lit prolonge l'épisode !
- Garder le plus d'activité possible raccourci l'épisode
- Adapter l'antalgie :
  - Paracétamol, AINS, plus rarement tramadol
  - Eventuellement sirdalud le soir (effet 2<sup>nd</sup> ++)
  - CAVE : globalement peu d'effet !

PAS d'imagerie

PAS de cortisone

PAS d'infiltration

## 1) Fantômes autour de l'imagerie

- Hernie discale
- Déchirure discale
- Bec de perroquet
- Disque desséché, abîmé, noir, tassé, ....
- Arthrose
- ....

## Quel modèle ?



Douleur =  
Lésion



Non lésionnel; douleur =  
dysfonction neuromusculaire

## Quelques faits cliniques 1

- Déclenchement sans cause (« faux mouvement »)
- Passe fréquemment comme c'est venu

Traitements les plus efficaces ([recommandations européennes](#)):

- Proscrire le repos inutile
- Garder autant de mouvement que possible
- Efficacité de la médecine manuelle
- Nombreux types d'exercices sont thérapeutique