



BB/AD

Gonesse, le 30 avril 2002

**COMPTE-RENDU DE LA JOURNEE
RACHIS LOMBAIRE DOULOUREUX ET INVALIDANT
QUEL ITINERAIRE SUIVRE ?
Samedi 27 avril 2002
Enseignement post-universitaire de GRANVILLE**

Il s'agissait d'une confrontation médico-chirurgicale entre **Rhumatologues, Médecins de Médecine Physique, Médecins de Médecine du Travail, Médecins Conseils et Chirugiens.**

Dix pour cent des lombalgiques en accident de travail évoluent vers la chronicité, quarante pour cent ne consultent jamais. Il existe des facteurs de risque d'une lombalgie pour qu'elle se chronicise : contraintes physiques, contraintes environnementales, contraintes d'organisation. Il est donc indispensable que la réponse initiale précise la bénignité de la lésion en visant une réassurance du patient. On considère que la chronicité débute entre **7** et **12** semaines après le début de la lombalgie.

La physiopathologie d'un rachis lombaire douloureux sans substrat anatomique précis, est actuellement impossible. Existe-t'il un surmenage ? Y-a-t'il une explication mécanique ? Probablement oui, ce qui nécessite une approche symptomatique mais il existe, indiscutablement, du fait de douleurs chroniques un schéma beaucoup plus global avec la notion multifactorielle aboutissant à un «handicap» ou plus exactement à une plainte à type de souffrance.

La plainte : est en rapport avec les quatre composantes de la douleur.



- aspect lésionnel de la douleur,
- aspect affectif de la douleur qui se traduit par une sensation de difficulté à vivre cette douleur,
- par un aspect d'apprentissage de la douleur. On note que **25 %** des lombalgiques chroniques ont souffert de traumatismes dans l'enfance, en particulier, d'ordre sexuel,
- Enfin, une composante cognitive et comportementale où on découvre, dans la plupart des cas, des patients victimes d'un «catastrophisme» recherchant par un descriptif extrêmement riche un soutien à leurs sensations douloureuses.

Ces patients développent une stratégie d'évitement de l'effort qui aboutit à une chronicisation avec un risque social de précarisation et on se met, actuellement, d'accord sur le fait que le terme de sinistrose n'est pas adapté mais qu'il convient, autour de **7 à 8** semaines d'évolution d'une lombalgie, de commencer une évaluation complète afin d'éviter la chronicisation.

L'évaluation objective passe par un examen clinique complet et a, pour objectif, à **GRANVILLE** de classer les patients en trois catégories : **A, B** ou **C**.

1. Vécu rachidien
2. Etude de la douleur sur l'**EVA** :
 - A) Inférieure ou égale à **35**,
 - B) Inférieure ou égale à **60**,
 - C) Inférieure ou égale à **100**
3. Analyse de la personnalité :
 - A) Contact franc, patient non traité, faciès épanoui,
 - B) Doute sur la plainte exacte du patient et discordance apparente entre l'état clinique et la plainte ou souffrance.
 - C) Patient apparaissant particulièrement déprimé et en retrait, en cours de traitement.
4. Contexte :
 - A) Patient vivant dans un milieu harmonieux
 - B) Doute sur l'état de vie exact,
 - C) Conflit apparemment évident.
5. Bilan professionnel :
 - A) Poste professionnel non contraignant et bonne cohésion dans le poste de travail,

- B) Patient en conflit dans son entreprise mais dans un poste non-contraignant **ou** patient travaillant dans un poste contraignant mais dans lequel il n'y a pas de conflit,
 - C) Patient exerçant une activité avec un poste contraignant et avec des conflits dans le poste de travail.
6. Bilan cardiorespiratoire :
- A) Peut monter **3** étages,
 - B) Peut monter **2** étages,
 - C) Ne peut même pas monter **1** étage.
7. Bilan de la rachimétrie :
- la distance doigts-sol mesurée chez le patient debout est égale à la hauteur rachidienne,
 - l'extension du tronc est égale à la moitié de la flexion du tronc réalisée dans le rachis,
 - la flexion du rachis est égale à la flexion des hanches,
 - l'extension du rachis est égale à l'extension des hanches,
 - La latéroflexion droite + gauche est égale à la flexion + l'extension.
- C'est le bilan normal qui explore le complexe spino-pelvi-fémoral ce qui permet de dire que la moitié de la mobilité se fait dans le segment lombo-pelvien et la moitié dans le segment sous-pelvien. Une souffrance survient si le segment lombo-pelvien prend en charge plus de la moitié de la mobilité.
- 8) Evaluation musculaire : **3** classes.
- 9) Evaluation gestuelle réalisée en Ergothérapie.

L'ensemble permet de proposer une indication du type «Ecole du dos».

LA PRISE EN CHARGE

1) EN ECOLE DU DOS AU NORMANDY

Objectifs : comprendre, expliquer, faire prendre conscience, corriger, donner les capacités musculaires, restaurer la confiance en son dos, sensibiliser à une adaptation et aux facteurs aggravants, pérenniser les acquis par une autoprise en charge. La seule méthodologie est une pédagogie concrète de répétition. On ne met plus en œuvre de technique de verrouillage mais on tente d'obtenir un objectif de vigilance.

2) Le reconditionnement à l'effort, réalisé à **TOURS**, fonctionne de façon strictement opposée. Il s'agit d'un reconditionnement à l'effort en hospitalisation de **4** semaines en stage de groupe sans aucune prise en compte de la douleur, ni



de la position rachidienne et qui permet d'obtenir **66 %** d'amélioration à un an. Le problème étant lié aux critères de sélection des patients à inclure dans ces protocoles.

Les explorations paracliniques d'un rachis douloureux

- Les radiographies classiques sont peu sensibles.
- La scintigraphie est très sensible mais non spécifique.
- L'**IRM** est sensible et spécifique mais pose problème d'interprétation. Néanmoins, il faut toujours rechercher devant une symptomatologie difficile à expliquer un examen complémentaire par **IRM** et on va chercher
 - Des signes de souffrance discale avec, au niveau d'un disque lombaire douloureux, un hypersignal sur la zone annulaire qu'on peut, éventuellement, voir également au scanner.
 - Une discopathie dégénérative se manifeste par un hyposignal mais cette symptomatologie se retrouve dans **93 %** des patients de plus de **60** ans et il existe **60 %** de bombements asymptomatiques.
 - Apparition de remaniements spongieux sous-chondral : il s'agit du signe de **MOBIC** avec accumulation de graisse sous-chondrales, hypersignal en **T1**, hypersignal en **T2**.

Pour les lombalgies post-opératoires :

- Faire des clichés statiques et dynamiques systématiquement.
- Eventuellement, après libération canalaire, on peut demander un scanner pour rechercher une fracture isthmique (fréquente si la résection est supérieure à la moitié de l'isthme).
- Après une arthrodèse avec ostéosynthèse, les clichés dynamiques sont indispensables.
- Le diagnostic de fibrose ne devrait plus être posé car la fibrose correspond à une cicatrice normale. Le problème de la fibrose est la possibilité d'adhérence radiculaire à cette cicatrice qui peut, éventuellement, être douloureuse. Un des signes caractéristiques est le dérouillage matinal.

La radiologie interventionnelle peut être envisagée pour :

- Infiltrer :
 - a) Les articulations zygapophysiales sous scanner,

- b) Les infiltrations foraminales qui ont d'excellents résultats pour les hernies foraminales,
- c) Les infiltrations épidurales réalisées sous scanner : elles permettent d'être sûr de la position d'injection car celle-ci est souvent unilatérale et il est indispensable de la réaliser du bon côté.



- d) Les infiltrations intrathécales sont possibles également sous réserve d'utiliser une aiguille ultrafine pour éviter le syndrome post-PL. Il y a peu d'indication.
- e) Les infiltrations intradiscales doivent être réalisées avec discographie et avec une aiguille courbe.
- f) Les nucléolyses à la papaine n'étant plus réalisables, il y a, actuellement, des études de nucléolyses à l'alcool à valider et de nucléorthèse avec des corticoïdes mais il y a des risques de calcification importants.
- g) La place des rhyzolyse est extrêmement discutée. Si elle est décidée, elle doit toujours être réalisée de façon bilatérale et sur deux niveaux.

Place de la chirurgie du rachis

Elle est indiquée, essentiellement, lorsqu'il y a instabilité. La difficulté est de faire le diagnostic d'instabilité et de se mettre d'accord sur la définition.

La stabilité du rachis permet d'assurer quatre fonctions :

- Un maintien au niveau de l'unité fonctionnelle rachidienne grâce aux courbures fonctionnelles et à un équilibre de la musculature antérieure et postérieure.
- Elle permet d'assurer, également, une mobilité dans 6 degrés de mobilité.
- Elle permet d'assurer une protection des éléments nobles neurologiques et
- Elle permet, également, de contrôler le mouvement.

L'instabilité est une réponse anormale du rachis à la charge appliquée avec une mobilité pathologique après une contrainte normale. Le diagnostic clinique est non-spécifique. Le diagnostic paraclinique est difficile à réaliser. Idéalement, il doit être fait sur des clichés dynamiques, éventuellement, sur un scanner en recherchant un diastasis en rotations qui n'est pas constant et, éventuellement, en **IRM**. Le test du corset peut être réalisé, soit avec un lombostat, soit avec prise crurale mais est discuté. On peut noter l'apparition d'instabilités liées à des scolioses lombaires évolutives ou d'apparition tardive, au-delà de **50** ans.

Les techniques opératoires se divisent en **3** catégories :

- Conservation de la mobilité avec ligamentoplastie et disque prothétique. C'est peut-être une voie d'avenir.



- Arthrodeuse intersomatique postéro-latérale ou
- Correction-fusion pour les scolioses.

Au total, il est surtout particulièrement important de comprendre pourquoi le malade a mal. Il ne faut jamais envisager que le traitement chirurgical sera proposé à la suite de l'échec du traitement médical mais c'est une éventuelle étape thérapeutique. Il est indispensable de faire un bilan complet et, si possible, pluridisciplinaire. L'expérience du **CHU de RENNES** apporte la preuve des bénéfices de ce type de prise en charge pluridisciplinaire.

CONCLUSION

Le rachis lombaire douloureux est un problème important, récurrent. Les stratégies thérapeutiques ne sont pas, actuellement, codifiées mais des propositions diverses permettent d'envisager :

- 1. Une prise en charge globale du patient,*
- 2. Une prise en charge précoce : à partir de 7 à 8 semaines d'apparition de la lombalgie, il faut envisager une évaluation pluridisciplinaire pour éviter la chronicisation et la mise en place de stratégie d'évitement et de catastrophisme*
- 3. Les méthodes de prise en charge des patients ne sont pas parfaitement codifiées. Il est indispensable d'envisager un reconditionnement à l'effort mais l'ensemble des participants s'accordent avec la nécessité d'associer au renforcement musculaire des étirements sous-pelviens importants. L'objectif étant d'obtenir un équilibre tant de mobilités que de forces dans le segment lombo-pelvien et dans le segment sous-pelvien.*

Docteur **Brigitte BARROIS**
Chef de Service