



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Rééducation de la lombalgie commune

Physical therapy and nonspecific low back pain

Bernard Fouquet*, Anaïs Jacquot, Julien Nardoux

Fédération universitaire inter-hospitalière de médecine physique et de réadaptation, hôpital Trousseau, CHU de Tours, 37044 Tours cedex 9, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 14 novembre 2016

Disponible sur Internet le 27 décembre

2016

Mots clés :

Lombalgie

Rééducation

Physiothérapie

Exercices

Classification Internationale Fonctionnelle

RÉSUMÉ

La lombalgie commune est une affection chronique, incapacitante, récurrente, admettant de multiples facteurs de déclenchement, mécaniques le plus souvent, intriqués à de multiples facteurs psychologiques, environnementaux et génétiques. La lombalgie commune est une affection hétérogène. La rééducation comprend de multiples approches thérapeutiques : les unes sont passives, les autres sont actives. La multiplicité des méthodes rééducatives rend compte de multiples approches théoriques sous-jacentes. À ce jour, les exercices actifs et les étirements couplés à des activités aérobiques sont les plus utiles. Toutefois, ils nécessitent de la motivation et de la compliance. Les approches thérapeutiques rééducatives n'ont pas les mêmes finalités en fonction du stade aigu, subaigu ou chronique de la lombalgie. À la forme aiguë, la rééducation n'a pas d'intérêt excepté pour les manipulations ; dans la forme subaiguë, la rééducation a pour finalité de corriger les fonctions principalement musculaires qui ont été modifiées à la phase aiguë et qui perdurent ; dans la forme chronique, les approches thérapeutiques rééducatives sont plus complexes du fait des conséquences neurophysiologiques de la douleur chronique, de l'inactivité, de la peur de la douleur et du mouvement, et des conditions environnementales. Aujourd'hui, une approche scientifique des exercices de renforcement musculaire est nécessaire pour clarifier la place de la correction de la fonction de force musculaire dans le traitement de la lombalgie commune.

© 2016 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The nonspecific low back pain is a chronic, recurrent, disabling condition that admits multiple trigger factors, mechanical most often, but entangled to multiple psychological, genetic, environmental factors. Nonspecific low back pain is a heterogeneous disorder. Physical therapy includes multiple treatments: some of them are passive and some of them are active. The multiplicity of the therapeutic approaches is related to many underlying theoretical concepts. Today, active exercises and stretching are the most useful physical therapies associated to aerobic activities. However, it necessitates motivation and compliance because they must repeat for long time. The therapeutic objectives are different between the acute, subacute and chronic features of the disorder. In the acute form, there is no place except for the manipulations. In the subacute form, the physical therapy had the objective of correcting mainly muscular functions that have been compromised at the acute phase and that remain. In the chronic phase, the therapeutic approaches are more complex, related to the neurophysiological consequences of the pain, the inactivity syndrome, the fear of pain and movement, and to the environmental factors. Today, a more scientific approach of the strengthening exercises is needed to clarify the place of the muscular strength function in the treatment of nonspecific low back pain.

© 2016 Société Française de Rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Low back pain

Physical therapy

Physiotherapy

Exercises

International Functional Classification

1. Introduction

La lombalgie commune est une affection douloureuse chronique, récurrente, parfois incapacitante ; 40 à 55 % des personnes ayant fait un épisode douloureux refont un accès douloureux dans

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fouquet@med.univ-tours.fr (B. Fouquet).

l'année qui suit et 72 % au cours de leur vie [1–3]. La lombalgie est passée au 1^{er} rang de toutes les affections chroniques incapacitantes dans le monde [3]. L'incapacité induite par la lombalgie semble augmenter de décennie en décennie malgré l'amélioration des conditions physiques de travail. Force est donc de conclure que la lombalgie commune est une affection complexe dans ses mécanismes.

La prévalence de la lombalgie à 1 mois est de 18,3 % environ, à 1 an de 30,8 % et sur la vie à 38,9 %.

Les épisodes entraînant une limitation des activités de la vie quotidienne auraient une prévalence sur l'ensemble de la vie de 39 % et une prévalence ponctuelle de 17 %. La prévalence est supérieure chez les femmes que chez les hommes. La fréquence plus élevée chez les femmes serait liée, peut-être, à l'interface de multiples facteurs (ostéoporose, grossesses répétées, règles, les influences sociétales...). Les formes incapacitantes augmentent avec l'âge. Si la prévalence de la lombalgie commune est élevée pendant l'adolescence avec un déclin pendant la période de 20 à 29 ans, celle-ci ré-augmente ensuite pour avoir un pic entre 40 et 69 ans, puis à nouveau un déclin de la prévalence. Ce déclin de la prévalence vers des âges avancés serait lié au déclin cognitif, à une perception diminuée de la douleur et à une augmentation de la tolérance à la douleur [1,4,5].

La lombalgie commune induit des coûts de santé élevés dont les coûts de santé directs ne représentaient que 14,5 % pendant que les coûts indirects seraient de 85,5 % du fait des indemnités journalières et de la perte de productivité par l'absentéisme [5,6].

La finalité de la rééducation est de corriger les fonctions atteintes au cours d'un processus aigu, de restaurer les activités réduites et de faciliter la participation sociale et professionnelle. Elle vient en complément des thérapeutiques médicales et de l'éducation du patient mises en œuvre au cours de la phase aiguë visant à rassurer le patient lombalgique sur l'évolution majoritairement favorable de l'affection et rapidement.

Habituellement, on classe la lombalgie en fonction de sa durée : aiguë, de durée inférieure ou égale à 4 semaines ; subaiguë, de durée comprise entre 4 et 12 semaines ; chronique si l'accès dure plus de 12 semaines. La lombalgie est dite récurrente si un nouvel accès douloureux survient à moins d'un an [7]. Le stade évolutif de la lombalgie influe fortement sur les techniques qui peuvent être mises en œuvre et que l'on retrouve dans les recommandations et préconisations internationales [8].

La lombalgie commune est caractérisée par le caractère hétérogène des anomalies structurelles, des modifications des fonctions sous-jacentes, des facteurs personnels et environnementaux (Fig. 1) [9]. Différentes classifications ont été proposées, visant à intégrer les dimensions neurophysiologiques de la douleur (physiques et psychologiques) pour séparer en sous-groupes de patients des populations souvent considérées comme homogènes [6,10–15]. Cette apparente homogénéité complique l'approche rééducative trop souvent proposée selon des modalités unicistes.

Les approches rééducatives restent l'objet de débats en fonction des objectifs qui sont proposés. De multiples méthodes, procédures et protocoles ont été proposés au cours de ces trente dernières années, sans que pour autant se dégage, scientifiquement, une méthode unique, supérieure aux autres scientifiquement démontrée. Le manque de certitude quant aux techniques à appliquer provient sans doute d'une vision réductionniste de la lombalgie et de ses conséquences sur l'état de santé de l'individu et de moyens d'évaluation variables fondés majoritairement sur la douleur, l'incapacité subjective et le retour au travail parfois.

Faut-il axer la rééducation en fonction de l'épisode en cours ou en fonction des facteurs pronostics de récurrence ? Ainsi, la question peut se poser de la place de rééducation chez des patients ayant un bon pronostic comparativement à des patients ayant un mauvais pronostic, les patients de bon pronostic se caractérisant par une

faible durée des symptômes, une absence d'antécédent chirurgical, peu de prises médicamenteuses, contrairement à ceux ayant un niveau d'incapacité élevé à la phase initiale [13].

L'objectif de cet article est de faire le point à la fois sur les méthodes rééducatives, leur évaluation scientifique et la place de la rééducation en fonction de la typologie des patients.

2. Neurophysiologie de la douleur lombaire : les objectifs potentiels rééducatifs

Le rachis lombaire a pour fonctions d'assurer la stabilité du tronc au cours du mouvement ou au cours d'une tâche impliquant les membres supérieurs ou les membres inférieurs (au cours de la marche par exemple). Le fonctionnement du rachis lombaire est étroitement associé au fonctionnement des hanches et du bassin. Les muscles fessiers dépendent dans leur innervation des racines et du tronc nerveux sciatique.

Le déclenchement de la lombalgie commune peut être observé dans 2 populations à haut risque : des patients qui ont une faible activité physique, qui sont sédentaires, et qui ne respectent pas les recommandations d'une activité minimale de 5 × 30 min par jour [16] et à l'opposé, des patients qui ont des contraintes physiques élevées (activité physique professionnelle intense, activité de manutention, effort de poussée, de traction et torsion importante, activité sportive intense).

Face à ces 2 types de population, les approches thérapeutiques rééducatives ne devraient pas être les mêmes.

Le processus douloureux provient de récepteurs périphériques qui peuvent être spécifiques d'informations nociceptives mais aussi de récepteurs polymodaux (activés par différents types de stimuli), transmis à la corne postérieure de la moelle épinière et entraînant des réactions mono- et polysynaptiques musculaires. Le stimulus nociceptif peut provenir de multiples structures, discovertébrales au cours de la dégénérescence discale, des ligaments, des articulaires postérieures et des muscles. Secondairement, ces informations sont transmises au cortex sensitif via la voie spinothalamique, donnant la dimension topographique, discriminative et d'intensité de la douleur.

Une voie plus lente remonte vers le cortex limbique, le cortex frontal, le cortex insulaire, le cortex cingulaire antérieur, donnant la dimension émotionnelle et affective au processus douloureux, notamment dans la composante de « peur » associée à tout processus douloureux. Il a été montré qu'à la phase aiguë d'une lombalgie, existe une détresse psychologique plutôt que la lignée dépressive qu'anxieuse.

Une des caractéristiques principales est que les muscles lombaires et abdominaux font partie d'un système d'ajustement postural, peu soumis aux influences corticales centrales, l'adaptation posturale du tronc survenant de façon quasi systématique, avant le déclenchement d'un geste, notamment des membres supérieurs (« feed forward control »). L'ajustement postural naturel du tronc est déclenché automatiquement au cours d'une activité gestuelle, précédant le déclenchement du mouvement de quelques centièmes de secondes, de façon à avoir une adaptation posturale automatique, maintenant l'équilibre nécessaire du tronc.

L'impact de la douleur sur le fonctionnement musculaire peut donc être à deux niveaux : médullaire par voie réflexe en particulier sur les multifidus, et central par une réorganisation volontaire de l'activité des muscles du tronc, mécanisme visant à un verrouillage (comme un corset). Ceci peut s'accompagner de syndromes myofasciaux locorégionaux à l'origine d'une extension d'informations nociceptives et de douleurs référées à composante neurogène [17].

Ainsi, à la phase initiale d'un processus douloureux lombaire, surviennent des mécanismes à la fois d'inhibition sur les agonistes et d'amplification de l'activité des antagonistes (découplage entre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5670239>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5670239>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)