

Lombalgie et arthrose, existe-t-il un lien systématique ?



Low back pain and osteoarthritis: Is there a systematic link?

Arnaud Cerioli
Xavier Dufour
Isabelle Morreale
Leïa Rousseau
Maxime Origas
Pierre Inchauspé
Stéphane Evelinger

ITMP, 40, rue du Général-Malleret-Joinville, 94400
Vitry, France

Reçu le 22 février 2016 ; reçu sous la forme révisée le
18 avril 2017 ; accepté le 15 mai 2017

RÉSUMÉ

Les dernières données anatomiques qui notent une absence d'innervation nociceptive du cartilage articulaire et les études biomécaniques du rachis lombaire en extension amènent à remettre en question certaines idées reçues, devenues un « leitmotiv » trop facilement avancé pour justifier certains échecs thérapeutiques. L'arthrose n'est pas une « sentence » d'algies, du moins tant que l'os sous-chondral ou la synoviale ne sont pas impactés. La perte de liberté articulaire qu'elle peut engendrer donne une place privilégiée aux masseurs-kinésithérapeutes pour proposer des solutions de traitement tant qu'un phénomène inflammatoire ne s'ajoute pas aux signes cliniques. On ne peut plus dire qu'un processus arthrosique découvert à la lecture de résultats radiologiques soit l'explication systématique de la douleur des patients. De nombreuses étiologies autres que l'arthrose peuvent être à l'origine d'une lombalgie. Sa chronicité doit amener le thérapeute à s'interroger sur l'origine centrale potentielle de la douleur ressentie. Il s'agit d'affiner au mieux le bilan diagnostic pour cibler l'étiologie et y adapter une stratégie thérapeutique, en ne se fiant aux imageries et aux examens complémentaires que dans les cas de corrélation radio-clinique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

In the light of recent research in anatomy and biomechanics showing the absence of nociceptive innervation of cartilage and studying the lumbar spine during extension, it appears important to challenge some points of established belief too often quoted to justify therapeutic failure. As long as the subchondral bone and synovial membrane are not involved, osteoarthritis does not inevitably lead to pain. A radiologic aspect of osteoarthritis can no longer be systematically incriminated as being the source of our patients' pain. The loss of joint mobility caused by osteoarthritis gives physiotherapists a key role in suggesting therapeutic solutions, as long as there is no inflammatory phenomenon in addition to the clinical symptoms. Various etiologies other than osteoarthritis can cause low back pain. Therefore, a possible central origin should be considered in chronic low back pain. Thus, diagnostic work-up needs to be refined so as to target etiology and adapt treatment strategy, taking imagery into account only when radiological and clinical data match.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

MOTS CLÉS

Arthrose
Imagerie
Lombalgie
Thérapie manuelle

KEYWORDS

Osteoarthritis
Imaging
Low back pain
Manual therapy

Auteur correspondant :

A. Cerioli,
ITMP, 40, rue du Général-
Malleret-Joinville, 94400 Vitry,
France.
Adresse e-mail :
a.cerioli@ceerf.fr

L'arthrose est la pathologie articulaire la plus fréquente; elle touche plus de 9 millions de patients en France avec un coût direct évalué à plus de 3,5 milliards d'euros [1]. La prévalence de la lombalgie dans la population générale figure dans le [Tableau I](#).

L'arthrose est très souvent évoquée comme cause de lombalgies, tant par les patients que par les professionnels de la santé [2].

La maladie arthrosique articulaire chronique est caractérisée par une dégénérescence du cartilage en 4 stades ([Tableau II](#)). Cette évolution se traduit macroscopiquement par trois lésions élémentaires : pincement articulaire, ostéophytes et condensation de l'os sous-chondral [3]. Microscopiquement, elle est caractérisée par une fragmentation des fibres de collagène, accompagnée d'une déperdition des protéoglycanes. L'activité des chondrocytes est augmentée au profit du catabolisme, libérant des enzymes qui renforcent la destruction des protéoglycanes et du collagène [4]. Cependant, à l'usure du cartilage par phénomène dégénératif, il faut ajouter la notion de maladie polymorphe car ses localisations sont multiples, l'atteinte structurale est imparfaitement corrélée à la symptomatologie clinique et l'intensité douloureuse présente de fortes variations individuelles [5].

Le lien entre arthrose et lombalgie, essentiellement fondé sur l'aspect radiologique, est partiel car il n'intègre pas les processus chimiques et inflammatoires qui se produisent localement : l'os sous-chondral subit une prolifération responsable des ostéophytes au niveau de la jonction capsulo-synoviale. De plus, l'os augmente sa densité, ce qui pourrait expliquer une rigidité limitant l'absorption de contraintes. La synoviale devient fibreuse et congestive lors de la réaction inflammatoire aux débris cartilagineux ou osseux provenant de l'usure. Les radiographies montrent communément 3 atteintes : des ostéophytes, une arthrose des facettes zygapophysaires et une diminution de l'espace intervertébral [6].

Les ostéophytes sont des excroissances cartilagineuses que l'on peut retrouver dans des articulations saines ; ils ne sont qu'un indicateur de l'âge du patient [7].

L'arthrose zygapophysaire provient d'un processus multifactoriel dont le mécanisme ne semble pas explicite [6].

La diminution de l'espace articulaire est normale avec la sénescence [8].

Tableau I. Classification des stades arthrosiques.

Stade I	Ramollissement du cartilage
Stade II	Fibrillation avec fissures superficielles
Stade III	Fissures profondes, aspect de chaire de crabe
Stade IV	Ulcération avec mise à nu du cartilage

Tableau II. Prévalence de la lombalgie.

Âge (ans)	Hommes (%)	Femmes (%)
30-40	12,4	14,7
60-69	19	21,4

La lombalgie chronique est définie comme une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse, et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou [9]. Cette définition est fondée sur la symptomatologie et non sur une recherche de l'étiologie. Nous avons déjà proposé précédemment une classification entre les différentes formes possibles de la lombalgie [2] : les pathologies organiques (hernie discale, canal lombaire étroit, spondylolisthésis...) et les pathologies fonctionnelles (dérangement intervertébral mineur, hypo-extensibilité musculaire, troubles posturaux et viscéraux, déséquilibre musculaire...) ([Fig. 1](#)). À ces deux catégories s'ajoutent les contre-indications relatives ou absolues encore classées sous les termes de « drapeaux oranges » (orange flags) ou « drapeaux rouges » (red flags) : pathologies tumorales, inflammatoires, fractures... [10].

Les données épidémiologiques précédentes mettent en lumière un décalage majeur entre la prévalence du mal de dos et celle de lésions identifiables par les examens radiologiques ; l'arthrose est présente chez presque tout le monde à partir d'un certain âge. Il est très probable d'en trouver chez les lombalgiques. Mais est-elle la seule responsable de la douleur ?

Une revue systématique avec méta-analyse de Raastad et al. [11] montre que seule la réduction de l'espace discal est associée à la lombalgie. Cela renforce l'idée d'éducation à la santé dans l'optique de préserver le disque intervertébral, d'autant plus qu'il semble être la première structure du rachis à dégénérer [12]. Il convient toutefois de rappeler que l'espace qu'occupe le disque se réduit avec l'âge de manière constante

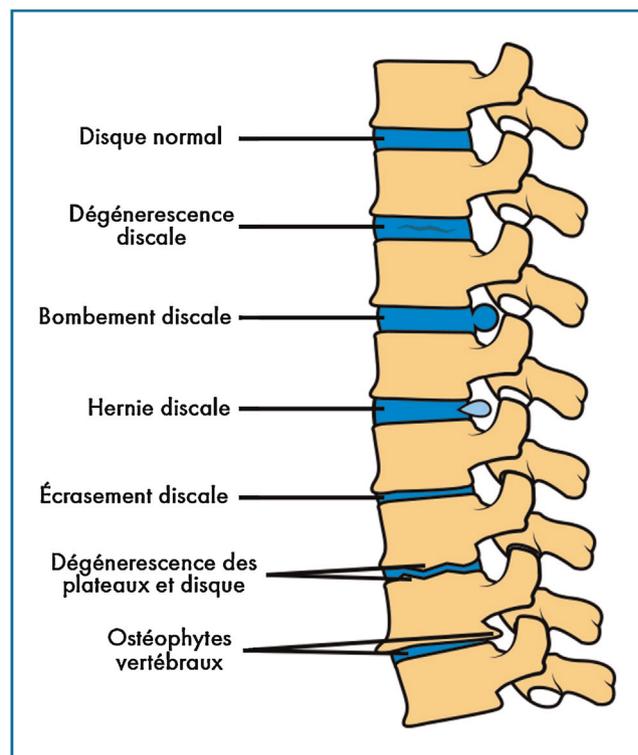


Figure 1. Principaux types de dégénérescence rachidienne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8561524>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8561524>

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