

LA LOMBALGIE CHRONIQUE INVALIDANTE



DE LOURDES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES :

- 6 millions de CS par an
- 1,4 milliards d'euros de coûts directs et 5-10 fois plus de coûts indirects
- Coût de la prise en charge de la lombalgie = 1,5% de toutes les dépenses santé

- Douleur lombaire de ***plus de trois mois*** d'évolution
- Arrêt de travail prolongé traduisant l'***incapacité*** (perte de la capacité physique à assumer certaines tâches, notion subjective ≠ handicap)
La probabilité de reprise du travail est de 40% après 6 mois d'arrêt, 20% après 1 an et quasi nulle après 2 ans.
- ***Absence de cause vertébrale identifiable*** (donc pas de traitement étiologique)

Les symptômes ne s'inscrivent pas dans une logique d'organe.

Le médecin est frappé par le retentissement fonctionnel majeur

PRÉSENTATION CLINIQUE

- **Début brutal** de la douleur (faux mouvement, soulèvement, chute) puis **persistance** des symptômes.
- L'intensité de la douleur ne paraît pas forte mais permanente. Symptôme majeur = **incapacité** due à l'inhibition anxieuse, kinésiophobie
- Conséquence : **inactivité** physique et perte des aptitudes professionnelles
- Examen : rachis raide, sensible lors des mouvements. Perte d'endurance des extenseurs du tronc (test de Sorensen) et des abdominaux (test de Shirado)

FACTEURS DE RISQUE : LES « YELLOW FLAGS »

- **Facteurs émotionnels** : état anxio-dépressif, détresse psychologique, sensation de « ne pas avoir de chance dans la vie », retrait des activités sociales, rôle passif face à la maladie
- **Facteurs professionnels** : travail jugé monotone, ennuyeux, non satisfaisant. Environnement hostile. Contraintes physiques liées au travail viennent loin derrière
- **Fausse croyances** : mal du dos vu comme un handicap sévère dont on ne guérit jamais. Réduction d'activité et comportements d'évitement

- Douleur = symptôme le plus important des lombalgies communes
- Sa nature subjective la rend sujette à l'influence de facteurs autres que strictement physiques : interprétation qu'en a le malade, image renvoyée par l'entourage familial et professionnel
- Ces facteurs y associent des réactions émotionnelles (anxiété, détresse, dépression) qui renforceront le comportement douloureux

Ces facteurs psychosociaux doivent être recherchés dès le diagnostic pour pouvoir intervenir si la guérison n'intervient pas rapidement.

Expliquer au patient que la recherche de ces facteurs *n'est pas un déni du médecin vis à vis de la lésion douloureuse*

Les lombalgies communes étant souvent sans gravité l'objectif n'est pas de réduire la fréquence des premiers épisodes mais **d'en réduire les conséquences** : rechutes, recours aux soins, arrêt de travail, incapacité

➔ prendre en compte les facteurs de risque accessibles à une prise en charge pharmacologique ou non

L'évaluation du risque de passage à la chronicité repose sur :

- EVA
- Incapacité fonctionnelle (échelle d'Oswestry)
- Mesure du handicap prioritaire (échelle de Mactar)
- Les peurs et croyances (Fear-avoidance belief questionnaire)
- L'état anxio-dépressif (Hospital anxiety and depression scale)
- Pas d'échelle pour évaluer la satisfaction au travail

L'INSUFFISANCE DES TRAITEMENTS

Parmi les thérapeutiques médicamenteuses, on retient l'efficacité de :

- AINS
- Tramadol +/- Paracétamol
- Antidépresseurs non sélectifs de la recapture de la serotonine
- Myorelaxants
- Infiltrations locales de cortisone ou anesthésiques

**Amélioration dans le temps quel que soit le produit testé
(y compris placebo)**

PRISE EN CHARGE RÉÉDUCATIVE GLOBALE

- Programmes d'exercice supervisés par un thérapeute (exercices+infirmation+enseignement de strategies de coping)
 - Écoles du dos avec programmes éducatifs en groupe, apprentissages cognitifs ou sensitivomoteurs encourageant le malade à devenir acteur de la prise en charge de sa lombalgie
 - Restauration fonctionnelle du rachis
- ➔ Prise en charge en centre de référence réservée aux lombalgiques chroniques déconditionnés en situation de handicap avec retentissement professionnel
- ➔ Cette prise en charge suppose la participation active d'un patient motivé et une équipe professionnelle travaillant ensemble.

- Des interventions psychologiques individuelles ou en groupe ont pour but d'améliorer le bien-être des lombalgiques
- Les TCC ont un faible impact sur la douleur et le handicap mais modifient efficacement l'humeur, la fonction et finalement la qualité de vie
- D'autant + efficaces qu'elles sont mises en place tôt chez des patients encore actifs

RECONDITIONNEMENT À L'EFFORT

- Etablir bilan chiffré des performances du sujet (force musculaire, souplesse, rythme cardiaque à l'effort)
- Musculation sur appareils isocinétiques
- Concerne tous les gp musculaires, surtout extenseurs du dos
- Le réentraînement à l'effort se fait sur bicyclettes ergométriques, tapis roulant, rameur
- + apprentissage de l'ergonomie du geste, de la maîtrise de soi, la gestion du stress

- Intervention sur le lieu de travail : adaptation/modification du poste, changement d'affectation, mi-temps thérapeutique (cf médecin du travail++)
- Soutien psychologique : travail du psychologue, conseils du médecin, TCC
- Déclaration en MP : peut être une aide pour certains...

EN PRATIQUE CLINIQUE

Concilier 2 objectifs : répondre à la demande (verbale et non verbale) des patients et agir professionnellement en posant des actes qui sont soutenus par des niveaux de preuve reconnus

- **Examen clinique minimum au cabinet :**

recherche red et yellow flags, EVA, une mesure physique à consigner (Schober par exemple)

- **Quelle imagerie ?**

Dès la 4e sem en cas d'arrêt de travail : Rx et IRM

- **Quels traitements ?**

Prise en charge multidisciplinaire (généraliste, rhumatologue, rééducateur, kiné, chir ortho, psychologues, médecin du travail...)