

ARRÊTONS DE SOIGNER "LA LOMBALGIE"...

Xavier DUFOUR¹
Gilles BARETTE²
Patrick GHOSSOUB³
Mathieu LOUBIÈRE⁴



¹ Kinésithérapeute - Ostéopathe
Enseignant IFMK
Paris

² Kinésithérapeute
Enseignant ITMP
Paris

³ Kinésithérapeute
Enseignant ITMP
Montfermeil (93)

⁴ Kinésithérapeute
Enseignant IFMK
Dijon (21)

RÉSUMÉ

La lombalgie est un problème de Santé publique qui, malgré les progrès techniques de ces quarante dernières années, n'a pas trouvé de réponse satisfaisante aux problèmes rencontrés.

La méthode McKenzie est la seule validée par la Haute autorité de santé (HAS) [1, 2] ; elle repose sur deux concepts principaux : le diagnostic clinique et l'utilisation du secteur déficitaire, l'extension.

Nous partageons l'idée que le traitement de la lombalgie n'existe pas et n'existera jamais, car la lombalgie est multiple et que, par conséquent, son traitement aussi, mais pas au hasard ou à l'aveugle : suite à un diagnostic précis, un diagnostic étiologique.

La classification repose sur les différentes étiologies et leurs signes cliniques associés.

SUMMARY

Low-back pain is a public health problem which, despite advances in technology over the past forty years, no satisfactory solution has arisen for the problems encountered.

The McKenzie method is the only technique validated by the Haute autorité de santé (HAS); it is based on two main concepts: the clinical diagnosis and the use of movement deficits, extension.

We share the idea that the treatment of "low-back pain" as an entity does not exist and will never exist because low-back pain is multi-faceted. Therefore, its treatment must be carefully selected based on an accurate, causal diagnosis.

The classification is based on the different causes and their associated clinical signs.

MOTS CLÉS

Diagnostic kinésithérapique - Étiologie - Imagerie - Lombalgie - Organique/Fonctionnel

KEYWORDS

Diagnosis - Etiology - Imagery - Low-back pain - Organic/Functional

LE mal de dos représente un des fléaux de notre société tant sur le plan de la douleur que de l'invalidité qu'elle représente et donc sur le plan économique.

Malgré les progrès réalisés dans les différents secteurs de la santé, il ne semble pas qu'il y ait une vraie amélioration des résultats des prises en charges thérapeutiques de ce type de pathologie. La rééducation actuelle est basée sur des concepts anciens de classification médicale qui ne permettent pas une prise en charge rééducative adaptée en fonction de l'étiologie. Un rappel des définitions et classifications permettra d'en montrer les limites pour le rééducateur.

Nous proposerons une autre vision plus adaptée aux kinésithérapeutes ainsi que les pistes pour réaliser un diagnostic kinésithérapique en lien avec la rhumatologie à travers une démarche d'examen clinique.

DÉFINITION ET CLASSIFICATION [3, 4]

La section rachis de la Société française de rhumatologie définit la lombalgie comme une douleur située entre les dernières côtes et le bassin pouvant irradier la région fessière et la cuisse mais ne dépassant pas le genou. Par opposition, la sciatique ou sciatgie, pouvant avoir la même origine, dépasse le genou pour atteindre le pied selon un trajet dépendant de la racine touchée.

Cette définition se limite à des notions de douleur basées sur la topographie, mais pas sur l'étiologie ; or, toutes les douleurs diffusant dans le membre inférieur ne sont pas d'origine discale.

Il existe deux classifications reposant chacune sur deux sous-groupes :

– la première est basée sur la durée d'évolution, aiguë, ou chronique si la durée dépasse 3 mois ;

– la seconde correspond à une pratique de médecine générale, lombalgie spécifique nécessitant une prise en charge par un spécialiste ou commune, pour qui le traitement symptomatique médicamenteux apporte souvent une réponse favorable en terme de douleur.

Les limites de cette définition et de ces classifications résident dans une vision descriptive et partielle des symptômes sans apporter de précision quant à l'étiologie. La lombalgie se traduit comme une pathologie mécanique dans 90 % des cas, alors que la définition et les classifications ne mentionnent pas ce point de vue.

Une démarche diagnostique nous paraît incontournable pour pouvoir déterminer l'étiologie précise. **Il faut dépasser la description du symptôme "douleur" pour en déterminer l'origine.** Nous serons alors aptes à proposer un traitement rééducatif spécialisé, complété, le cas échéant, par le traitement médical que nous ne développerons pas dans cet article.

Réflexions sur une classification pour le rééducateur

Les étiologies de lombalgies sont nombreuses et variées, nous n'avons pas la volonté d'être exhaustifs mais de proposer un raisonnement pour le diagnostic kinésithérapique. Nous allons recenser dans un premier temps, un certain nombre d'étiologies :

- hernie discale et discopathie ;
- canal lombaire étroit (CLE) ;
- spondylolisthésis ;
- arthrose étagée ;
- dérangement intervertébral mineur (DIM), raideur, trouble articulaire ;
- contracture et hypo-extensibilité musculaire ;
- trouble postural et projections viscérales ;
- déséquilibre musculaire ;
- pathologies inflammatoires ;
- fractures, tumeurs.

La littérature et l'expérience clinique mettent en avant des rééducations spécifiques et différentes pour chacune de ces étiologies, une hernie discale ne se traitant pas comme un canal lombaire étroit ou comme une contracture musculaire. Il est donc très important de pouvoir réaliser un

diagnostic différentiel, ce qui permettra de déterminer le traitement. Si dans certains cas cet exercice est réalisé par le médecin, dans la pratique quotidienne les ordonnances ne mentionnent que très rarement l'étiologie.

Nous pouvons effectuer des groupes de pathologies ayant des caractéristiques communes :

Pathologies inflammatoires, fractures, tumeurs **Contre-indications absolues ou relatives**

Ces étiologies correspondent à des contre-indications relatives à la rééducation, au moins dans les premiers temps suite au diagnostic initial. Une prise en charge spécifique par un rhumatologue, un orthopédiste, un neurochirurgien ou un onco-hématologue paraît indispensable avant toute intervention possible d'un kinésithérapeute.

Hernie discale et discopathie, canal lombaire étroit, spondylolisthésis **Pathologies organiques**

Nous entendons par pathologie organique, une modification de la structure ou de la forme même de l'organe. Lors des discopathies, la structure et la forme du disque sont modifiées. Le canal lombaire étroit se définit comme un rétrécissement osseux et ligamentaire du canal médullaire transversal et longitudinal [5]. Une modification de la structure de la vertèbre se retrouve aussi dans les spondylolisthésis le plus souvent avec lyse isthmique.

DIM, raideur, hypo-extensibilités musculaires, trouble postural, déséquilibre musculaire **Pathologies fonctionnelles**

Par opposition au groupe précédent, ces étiologies ne présentent aucune modification réelle de la structure des éléments anatomiques. Il existe en revanche un trouble fonctionnel qui altère la physiologie mécanique du sujet à travers une raideur ou une majoration des contraintes, à mettre en lien avec l'apparition des douleurs, c'est ce que l'on appelle le syndrome rachidien [6].

Nous souhaitons préciser que l'action du rééducateur s'applique essentiellement aux pathologies fonctionnelles, même s'il garde une efficacité dans les pathologies organiques peu évoluées car elles s'accompagnent aussi de troubles fonctionnels.

Classification des lombalgies pour le rééducateur (tab. 1)

Cette classification permet d'expliquer l'absence de signes radiologiques intéressants chez bon nombre de patients. Cela évitera de leur dire qu'il n'y a rien lorsque le radiologue précise "rien de radiologiquement décelable".

La radiographie standard ne permet de visualiser précisément que le tissu osseux, les pathologies fonctionnelles ne sont pas visibles, pas plus que la hernie discale ou le CLE. Seuls le spondylolisthésis, les fractures et dans certains cas, les tumeurs et pathologies inflammatoires seront ainsi mises en avant. La radiographie standard étant surtout utile dans un but de contre-indication.

Le scanner et l'IRM seront particulièrement indiqués dans les discopathies et CLE mais l'intérêt pour les pathologies fonctionnelles reste très limité. La biologie sera très utile pour finaliser le diagnostic des pathologies inflammatoires comme la PSR.

Le Dr Troisier évoquait le risque de s'orienter vers une prépondérance des examens complémentaires pour l'établissement du diagnostic [7]. Ces examens sont complémentaires de l'examen clinique, ils ne le remplacent en aucun cas, nous ne pouvons en faire l'économie. Rappelons cet adage : **"Lorsque la clinique et l'imagerie ne sont pas d'accord, c'est la clinique qui a raison"**.

Par définition, la pathologie fonctionnelle ne se traduit pas par un problème de forme ou de volume mais par un dysfonctionnement mécanique. L'examen clinique est alors un passage nécessaire et indispensable de l'évaluation du patient lombalgique.

LES SIGNES CLINIQUES ET L'IMAGERIE

Nous allons maintenant revenir à l'abord du patient lombalgique, il faut pouvoir identifier les signes cliniques caractéristiques de chaque étiologie permettant de réaliser le diagnostic kinésithérapique centré sur l'étiologie.

La hernie discale présente des signes dure-mériens (douleur impulsive à la toux, à l'éternuement, au mouchage, à l'effort mécanique) avec irradiation dans le membre inférieur. D'autres signes comme le Lasègue, le Lasègue

Tableau I

Classification des lombalgies pour le rééducateur

Hernie discale et discopathies Canal lombaire étroit Spondylolisthésis	Pathologie organique <i>Imagerie positive</i>
Arthrose	Mixte
Dérangement intervertébral mineur, trouble articulaire Contractures musculaires Troubles postural Déséquilibre musculaire	Pathologie fonctionnelle <i>Imagerie négative</i>
Pathologies inflammatoires Fractures, tumeurs	Contre-indications <i>Imagerie et biologie positives parfois</i>



Figure 1
Hernie discale

modifié ou le signe de Léris sont utiles pour poser le diagnostic de hernie discale. Selon McKenzie, la mobilité en flexion augmente la douleur par migration postérieure du noyau. Le pic de survenue des discopathies est entre 30 et 50 ans (fig. 1).

Le canal lombaire étroit (CLE) présente deux signes caractéristiques : radiculalgie bilatérale et claudication intermittente avec nécessité de s'asseoir pour diminuer la douleur, ce qui a pour effet d'ouvrir verticalement le canal lombaire mais ne change rien à ses dimensions transversales et longitudinales. L'âge de survenue est, le plus souvent, au-delà de 60 ans pour les formes dégénératives même s'il existe des formes congénitales (fig. 2).

Le spondylolisthésis présente une modification des paramètres pelviens et des courbures rachidiennes créant un glissement vers l'avant d'une vertèbre, la lyse isthmique résulte du glissement du corps vertébral alors que les articulaires postérieures empêchent le glissement de l'arc



Figure 2
Canal lombaire étroit (CLE)



Figure 3
Spondylolisthésis

postérieur. Il peut exister une radiculalgie notamment en présence de nodule de Gill. Le spondylolisthésis lithique L5/S1 survient vers 25 ans alors que le dégénératif L4/L5 intervient plus fréquemment, vers 50 ans. La douleur est majorée par les contraintes mécaniques et la station debout prolongée (fig. 3).

Les troubles articulaires (DIM ou raideurs) et **contractures musculaires** sont les deux causes principales de la notion de raideur ou de perte de mouvement produisant une douleur mécanique en fin d'amplitude. L'évaluation des amplitudes articulaires, de manière globale, analytique et spécifique, permet d'objectiver les zones de raideurs. De nombreux tests ou représentations sont disponibles dans la littérature. En pratique quotidienne, l'évaluation objective, comparative, palpatoire, non chiffrée, nous paraît la plus facile à utiliser.

Une représentation sur une étoile de Maigne est possible, mais rappelons qu'elle ne présente qu'un avantage visuel regroupant les mobilités analytiques. Rappelons que le secteur de mobilité déficitaire chez les lombalgiques est le plus souvent l'extension, produisant ainsi leur douleur, nous trouverons peut-être des réponses à la relative utilité de tests en flexion comme Schoëber ou la distance doigt-sol.

La douleur et la raideur peuvent correspondre, la mobilisation du segment raide produit l'étirement du tissu conjonctif et par conséquent la douleur. Dans certains cas, la douleur n'est pas en regard de la raideur mais de la zone mobile. Cet excès de mobilité est nécessaire pour compenser la raideur sus ou sous-jacente. Cette augmentation de la mobilité produit des contraintes douloureuses sur l'arthron ou région vertébrale saine. Il n'y a pas d'âge de survenue spécifique, la fatigue, le stress, les micro-traumatismes répétés et les postures prolongées professionnelles ou de loisirs peuvent en être à l'origine.

Les troubles posturaux regroupent différentes pathologies (scoliose, maladie de Scheuerman...) ou de simples troubles posturaux en lien avec des raideurs articulaires ou hypoextensibilités musculaires, notamment les déjettements antérieurs par diminution de la lordose lombaire. Les signes cliniques peuvent être assez différents, la station debout prolongée douloureuse (fig. 4) doit nous faire chercher un trouble postural avec déjettement antérieur qui a pour effet d'augmenter les contraintes sur le disque intervertébral et les articulaires postérieures [8, 9].

Les déséquilibres musculaires ont été mis en évidence par les études isocinétiques : modification du ratio entre les fléchisseurs et les extenseurs. Les lombalgiques chroniques présentent une modification de ce ratio à l'avan-



Figure 4

Attitude en déjettement antérieur



Figure 5

Pelvispondylite

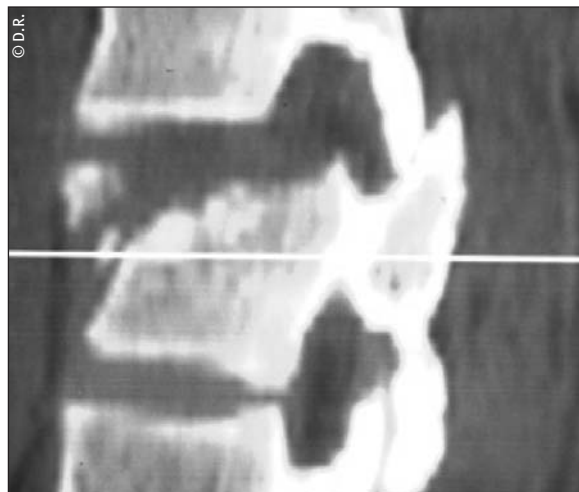


Figure 6

Fracture de vertèbre



Figure 7

Tumeur vertébrale

tage des abdominaux avec une perte des spinaux. Il existe une modification du type de fibres musculaires, les fibres de type II prennent le pas sur les fibres de type I (endurantes). Ces études doivent nous faire nous interroger sur le renforcement systématique des abdominaux.

Les maladies inflammatoires comme la PSR présentent des douleurs de type inflammatoire et d'horaire nocturne dont les premiers symptômes sont souvent sacro-iliaques. L'imagerie et la biologie seront des moyens fiables pour réaliser le diagnostic (fig. 5).

Les fractures seront précédées d'un épisode traumatique violent ou accompagnant un terrain ostéoporotique, qui doit conduire à l'imagerie pour préciser le diagnostic. Les signes d'appel sont souvent explicites. Les signes neurologiques relèvent un caractère d'urgence (fig. 6).

Les tumeurs sont plus difficiles à diagnostiquer, sans événement initial, et pas toujours visibles à l'imagerie, un passé tumoral ou une douleur non mécanique persistante doit appeler des examens complémentaires (fig. 7).

L'arthrose est un phénomène dégénératif trop souvent incriminé comme cause de la douleur alors qu'il s'agit aussi d'une évolution naturelle, comme les rides pour la peau. Le critère radiologique de l'arthrose ne permet pas de déterminer l'état de la douleur. Prenons l'hypothèse d'un patient présentant une lombalgie et un terrain arthrosique (sous-entendu les deux ne sont pas nécessairement liés).

Si le traitement médicamenteux et kinésithérapique permet d'améliorer la douleur du patient en quelques semaines, la comparaison des radiographies initiales et finales ne montrera pas de modification de l'arthrose. L'image n'est donc pas un critère significatif, pour décrire la douleur, et encore moins pour déterminer le traitement.

L'arthrose est une pathologie mixte, c'est-à-dire une **pathologie organique** qui présente un **retentissement fonctionnel**. L'examen clinique doit surtout s'intéresser à l'évaluation de la perte de mobilité plus qu'à l'imagerie. L'arthrose est souvent retrouvée, à partir d'un certain âge ; étant le seul signe radiologiquement visible, on lui prête tous les maux.

Cette classification n'a pas la prétention d'être exhaustive, mais de permettre au rééducateur de poser un diagnostic étiologique qui permettra la mise en place d'un traitement en conséquence. Nous n'avons pas évoqué les instabilités vraies relevant fréquemment de la chirurgie. Nous n'avons pas évoqué les nombreux éléments chimiques que la littérature rhumatologique relate mais qui ne nous est pas d'un grand secours en temps que rééducateur, bien qu'utile à la prise en charge pluridisciplinaire. Nous pensons qu'un travail d'équipe est à privilégier.

Un autre point a été peu évoqué : les déséquilibres musculaires qui ne font directement pas partie du diagnostic initial car invisibles en période algique initiale, leur évaluation devra être faite ultérieurement.

Les viscères, de par leurs attaches ligamentaires, leurs liens neurologiques métamériques et neurovégétatifs ont nécessairement une interaction, l'un agissant sur l'autre et réciproquement. Nous ne pouvons détailler leur impact dans cet article. La distinction entre pathologie organique et fonctionnelle reste valable.

DÉMARCHE D'EXAMEN

Le classique bilan kinésithérapique (cutané, trophique, vasculaire (CTV), articulaire, musculaire, fonctionnel) ne semble pas convenir pour réaliser un diagnostic étiologique. La démarche d'examen proposée regroupe les points de vue du Dr Troisier et de Robin McKenzie [7, 10].

Le motif de consultation du patient sera toujours de deux ordres, la douleur et la gêne fonctionnelle. La simple évocation d'une gêne ou douleur dans cette région doit évo-



Figure 8
Perte de lordose

quer l'ensemble des diagnostics possibles, évoqués en début d'article. Le but de l'examen clinique sera de les éliminer un à un.

L'interrogatoire visera à préciser l'état civil, les antécédents et la douleur, ainsi que le mode de vie et les facteurs professionnels et de loisirs. **"Le patient vous donnera le diagnostic et le traitement pour peu que vous sachiez l'écouter et le faire parler"** [7].

La douleur est un signe commun à toutes les étiologies, il faut préciser plusieurs caractéristiques ; Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Depuis quand ? Facteurs d'apparition ? Facteurs aggravants ? Facteurs améliorants ? Effet des traitements ? Type de douleur ? Une première partie des étiologies peut ainsi être éliminée en fonction des réponses données par le patient.

L'observation permettra de préciser, dans les cas les plus douloureux, une attitude antalgique. Plus fréquemment, c'est un trouble postural qui sera présent, visible à travers une modification des courbures et de l'équilibre sagittal. Dans certains cas, rien de particulier ne sera à noter (fig. 8).

Une évaluation de lordose nous paraît importante ; il nous semble qu'elle soit déficitaire le plus souvent et nous rappelons que, selon les critères du Dr Duval-Beaupère, la lordose est fonction du bassin et non l'inverse. La rééducation ne doit pas chercher systématiquement la rétroversion, loin s'en faut [9] !

La palpation et la mobilisation doivent être menées de pair pour essayer de déterminer la structure tissulaire responsable de la douleur. À travers cette partie de l'examen clinique, les pertes d'amplitude seront évaluées, et surtout les raisons les expliquant (articulaire ou musculaire).

La contractilité musculaire peut être évaluée pour mettre en évidence des déficits majeurs des grandes fonctions extenseurs/fléchisseurs/rotateurs. Des tests spécifiques seront proposés ensuite.

Les processus articulaires postérieurs lombaires sont verticaux, de plus l'extension produit un rétrolisthésis, si l'extension implique une "convergence" de ces surfaces (c'est-à-dire qu'elles sont en face l'une de l'autre), cela ne va pas nécessairement dans le sens de la compression. Il faut rajouter que le cartilage ne possède pas de terminaisons nerveuses de la douleur. Il ne semble pas logique de penser que ce soit cette "impaction" qui soit à l'origine de la douleur [10].

Si nous nous accordons à dire que le lombalgique n'aime pas l'extension, les conséquences que nous en tirons divergent de l'habitude. L'étirement d'un tissu capsulo-ligamentaire rétracté expliquerait beaucoup mieux la douleur. Après ablation d'un plâtre pour fracture du coude, le sujet ressent une douleur à l'extension du coude. Le traitement rééducatif consiste essentiellement à recouvrer cette amplitude au lieu de ne plus l'utiliser.

Afin d'obtenir la sédation des douleurs, la kinésithérapie met en œuvre de nombreux moyens. Nous ne pensons pas qu'il faille supprimer la lordose pour ceux qui ont mal en lordose, mais plutôt qu'il faut leur permettre de retrouver cette amplitude, nous viendrait-il à l'idée de ne plus tendre le coude ? Il semble que les conclusions de l'HAS, lors de la conférence de consensus de 1998, aillent dans ce sens [2].

Des **tests spécifiques** peuvent être réalisés dans le cadre de la lombalgie, Lasègue, Lasègue modifié, Léri, Néri, Ito-Shirado, Biering-Sorensen, chaque test permettant de

mettre en évidence une donnée spécifique qui permettra d'éclairer le praticien vers le diagnostic étiologique. À la fin de cet examen clinique, les examens complémentaires permettent de réaliser le diagnostic différentiel lorsque cela est nécessaire.

Nous sommes intimement convaincus que l'amélioration des résultats de la prise en charge des lombalgies passe par cette étape, le **DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE** qui est différent et complémentaire du diagnostic médical. Ce diagnostic ne se résume pas à la mesure d'une déficience, d'une incapacité ou d'un handicap mais cherche aussi à établir la cause du problème pour proposer une solution thérapeutique, kinésithérapique, médicale, chirurgicale ou ergonomique.

Dans un prochain article, nous vous proposerons le traitement en fonction de ces différentes étiologies. ■

QUIZ

1. L'extension contraint le disque et les articulaires postérieurs.
 A- Vrai
 B- Faux
2. Le diagnostic médical a le même rôle que le diagnostic kinésithérapique.
 A- Vrai
 B- Faux
3. L'imagerie est le moyen de diagnostic le plus fiable.
 A- Vrai
 B- Faux
4. L'examen de la force musculaire est important lors du diagnostic initial.
 A- Vrai
 B- Faux
5. Toute douleur dans le membre inférieur est d'origine discale.
 A- Vrai
 B- Faux

Réponses page 65

Bibliographie

- [1] Donelson R. La méthode McKenzie. *Revue de Médecine Orthopédique* 2000;60;Mars.
- [2] Haute autorité de santé (HAS). *Prise en charge kinésithérapique du lombalgique*. Conférence de consensus - 13 novembre 1998.
- [3] Gouilly P, Petitdant B. *Comprendre la kinésithérapie en rhumatologie*. Paris : Éditions Masson, 2006 : 209-29.
- [4] Phélip X. Classification des lombalgies adaptée à la pratique de la kinésithérapie. *Ann Kinésithér* 1999;vol.26;n°4:165-72.
- [5] Ficheux G. Rééducation du canal lombaire étroit. *Kinésithér Scient* 2009;495:5-18.
- [6] Eder M, Tilscher H. *Chiropraxie de l'examen au traitement*. Paris : Éditions Maloine, 2006 : 3-23.
- [7] Troisier O. *Diagnostic clinique en pathologie ostéo-articulaire*. Paris : Éditions Masson, 1991 : 3-18.
- [8] Legaye J, Duval-Beaupère G. *Logiciel de détermination du centre de gravité supporté par L3*. GIEDA, 2004.
- [9] Barette G, Dufour X. Place de l'extension dans la lombalgie. *Kinésithér Scient* 2007;481:47-50.
- [10] Kapandji IA. *Physiologie articulaire*. Paris : Éditions Maloine, 1999 : 80-1.