

LOMBALGIES CHRONIQUES(>6 SEM A 3 MOIS): ITINERAIRE DIAGNOSTIQUE+ STRATEGIE THERAPEUTIQUE

MALADIE MULTIFACTORIELLE=SYNDROME

3 EME CAUSE D'INVALIDITE

6 MILLIONS DE CONSULTATIONS/AN

30% ACTES DE KINE

30% POPULATION/AN

3,1% CHIRURGIE/VIE

5 A 35% DES LOMBALGIES AIGUES

7,5 A 15% DE FORMES GRAVES



1-UN DIAGNOSTIC BIOPSYCHOSOCIAL

2-POIDS DES FACTEURS DE CHRONICISATION

3-INDICATION> RECETTE THERAPEUTIQUE

=PALETTE THERAPEUTIQUE LARGE(TT ASSOCIES)]

LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE: LES PIEGES ET LIMITES



1-UN EXAMEN CLINIQUE COMPLEXE (ART COMBINATOIRE -ADHESION)

2-LES INSUFFISANTES CORRELATIONS RADIO-CLINIQUES A PART FORMES GRAVES

3-L'INSUFFISANCE RELATIVE DU DIAGNOSTIC PHYSIQUE LESIONNEL (15 % A 40%)

4-DIFFICULTE D'IDENTIFIER LE OU LES PROCESSUS:

INFLAMMATION-DOULEUR CHRONIQUE-DYSFONCTION- DEGENERESCENCE

5-DIFFICULTE D'IDENTIFICATION ET
D'EVALUA
T

ION QUANTITATIVE ET INTER-RELATIONNELLE DES FACTEURS DE CHRONICISATION:

-DONNEES MANQUANTES (DESADAPTATION- ERGONOMIE-CONFLIT

-DONNEES DOUTEUSES (SPORT)

-FACTEURS INVARIANTS (AGE, EPISODE INITIAL, MORPHOMETRIE)

-CROYANCE DU MALADE (TRAVAIL ,OBESITE)



LOMBALGIES CHRONIQUES: LES FACTEURS DE RISQUES EN REEDUCATION

1-POIDS DES FACTEURS DE CHRONICISATION

POIDS
PSYCHO
E

NVIRONNEMENTAL(35%)>FACTEURS PHYSIQUES(10%)

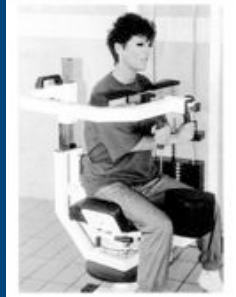
2-POIDS MULTIFACTORIEL

2 FACTEURS: 5% DE RISQUE DE CHRONICITE

5

FACTE
U

RS: 70% DE RISQUE(INFORMATION ANTI-CROYANCE++)



LOMBALGIES CHRONIQUES

FACTEUR S DE RISQUE D'ORIGINE PSYCHOENVIRONNEMENTAL

A-FORT NIVEAU DE PREUVE:

DEVALORISATION TRAVAIL/FAMILLE
ARRET DE TRAVAIL PROLONGE(>6 MOIS:50%)
CONFLIT AU TRAVAIL

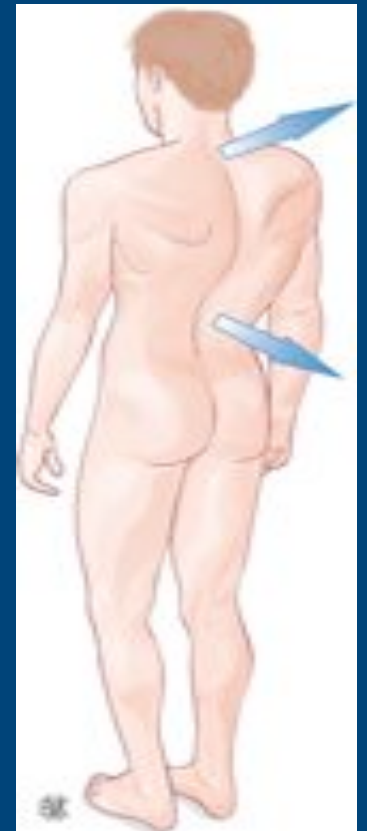
B-NIVEAU MODERE:

DEPRESSION
STRESS AU TRAVAIL

C-FAIBLE

AT

=TROUBLE DU FAIRE FACE



LOMBALGIES CHRONIQUES ET STRATEGIE THERAPEUTIQUE

FACTEURS DE RISQUE PHYSIQUES:

**FAIBLE NIVEAU DE PREUVE:
(SAUF GESTES PROFESSIONNELS ($>60^\circ$))**

INSUFFISANCE MUSCULAIRE(ENFANT)

RAIDEUR RACHIS/HANCHE

JAMBE COURTE(< 2 CM)

DEFAUT DE COMPETENCE EN PROPHYLAXIE

SENSATION DE MAUVAIS ETAT GENERAL

GESTES PROFESSIONNELS REPETES

FAIBLE NIVEAU ACTIVITES PHYSIQUES

PRATIQUE SPORTIVE

ERGONOMIE(ENFANT ADOLESCENT)

SURPOIDS

MARCHE+DEBOUT >2 HEURES



TROUBLE PSYCHOENVIRONNEMENTAL: MODE D'EXPRESSION DES FORMES GRAVES

TROUBLE DU FAIRE FACE (NEVROSE POST-TRAUMATIQUE)

≡

MALADIE DE LA PEUR



1- TRYPTIQUE: ANXIETE/ REPLI /REJET (77% PRE-EXISTANTS)

2-STRATEGIES D'ADAPTATION DU SUJET(COPING) :

A- FRAGILITE EMOTIONNELLE (L'ANXIETE)

B-CROYANCES PARLEES ET/OU PENSEES (OBSESSIONS)

C-CATASTROPHISME (OBSESSION)

D- SYNDROME DE LA PRIERE (COMPULSION > I HEURE PAR JOUR)

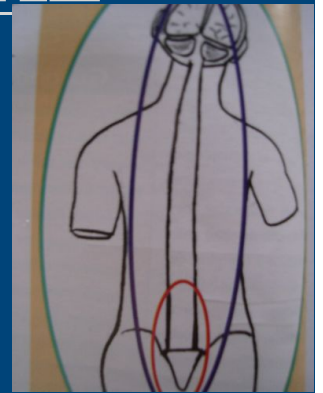
E-EXIGER DE FACON REPETITIVE DES REASSURANCES ET DU SOUTIEN (COMPULSION)

Lombalgies chroniques: Place de Approche physique

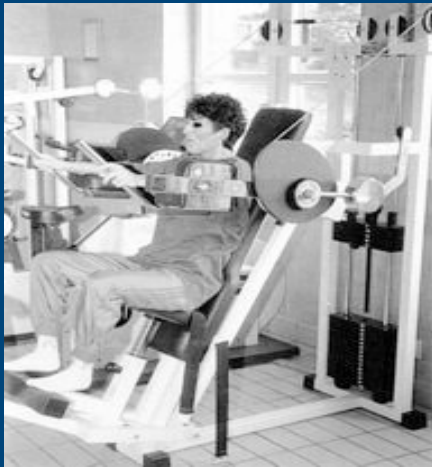
DANS LE MODELE BIOPSYCHOSOSOCIAL OU TRIPOLAIRE:

3 GROUPES DE MALADES

- 1-APPROCHE PHYSIQUE ISOLEE(MED OSTEO KINE CHIR)‡**
- 2-APPROCHE PHYSIQUE INTEGRE A LA RESTAURATION**
- 3-APPROCHE PHYSIQUE MISE EN ECHEC
POUR RAISON ENVIRONNEMENTALES(30%)‡
POUR RAISON PSYCHOLOGIQUE SEULE(18%)‡
POUR INCAPACITE PROF(1,86%)‡**



LOMBALGIES CHRONIQUES: LES TABLEAUX CLINIQUES



1-LES TABLEAUX ISOLES (x8):

**LOMBALGIES POSTERIEURES
LOMBALGIES DISCALES
LOMBALGIES LIGAMENTAIRES
SYNDROMES CANALAIRES
LE SYNDROME MYOFACIAL
LES TROUBLES DE LA MOBILITE:
INSTABILITE ET HYPERLAXITE BENIGNE
LOMBALGIES PSYCHOGENIQUES**



2- LES TABLEAUX ASSOCIES (30 A 40%):

A- POSTERIEUR ET DISCAL

B-POSTERIEUR ET MYOFASCIAL

C-MYOFASCIAL ET PSYCHOGENIQUE

CLINIQUE DES DIFFERENTS TABLEAUX POSTERIEURS(47%)

A- PHYSIOPATHOLOGIE HETEROGENE:

1-DIM(PERI-ARICULAIRE):

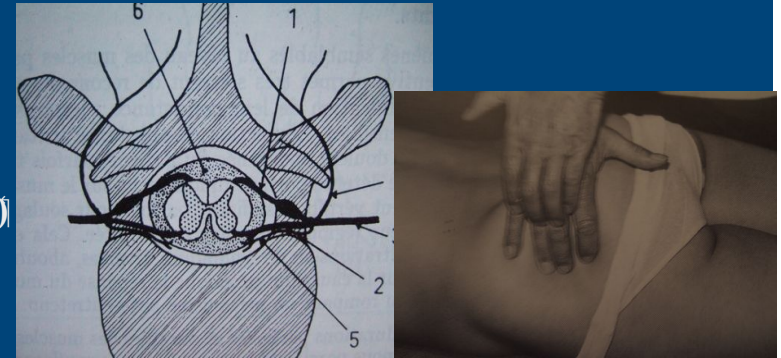
SECTEUR LIBRE DE MOBILITE++(IR CONTROLATERAL OU IPSI)

CPM: VALEUR DE LOCALISATION

DES TROUBLES NEUROTROPHIQUES++

2-FACET SYNDROME OU SYNDROME INTRA-ARTICULAIRE:

FIN D'AMPLITUDE / PAS DE SECTEUR LIBRE



B-DIAGNOSTIC DE LOCALISATION:

1- FREQUENCE :

L4-L5> L5-S1 >D12-L1>L3-L4>D11-D12

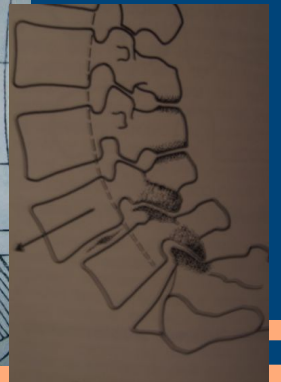
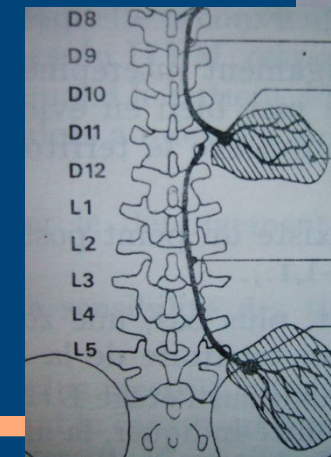
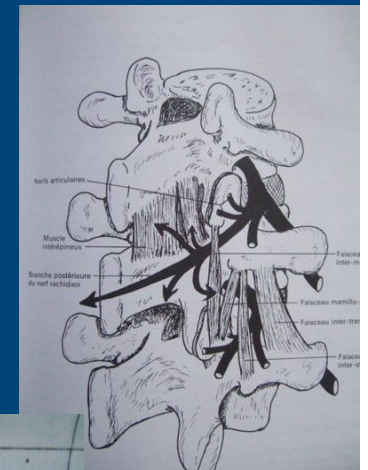
NON CORRELE AVEC HD: L4-L5>L5-S1>L3-L4>L2-L3

FORMES ASSOCIEES (2 SITES): 40%

2-TOPOLOGIE SPECIFIQUE SELON COMORBIDITE:

SCOLIOSE: ZONES DE TRANSITION CONVEXITE

SYNDROME TROPHOSTATIQUE : L4-L5.



Lombalgies chroniques et ANTI-INFLAMMATOIRES

1-AINS(KOES)

COMPARAISON AINS/PLACEBO: 3 POSITIVES (+2 SOUS-GROUPES POSITIFS)

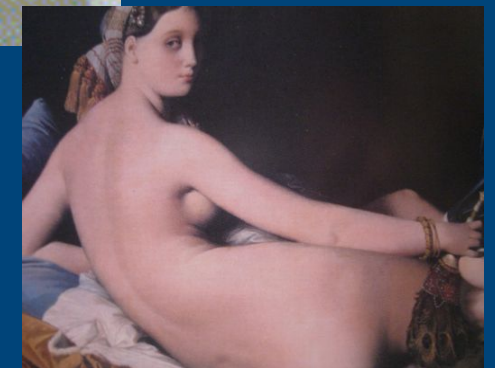
COMPARAISON AINS/ANTALGIQUES: UNE POSITIVE TROIS INDIFFERENTES

COMPARAISON AINS ENTRE EUX: 8/11 PAS DE DIFFERENCE

2-CORTICOTHERAPIE GENERALE(14%)

PAS D'INTERET

PAS D'INDICATION (ROZENBERG 2004)



INFILTRATIONS ET LC: LES PREALABLES



TRAITEMENT DE LA DOULEUR INFLAMMATOIRE

A-DEPISTER PHOBIES/CROYANCES

B-UN DIAGNOSTIC DE LOCALISATION

BASE SUR LA CLINIQUE +++

C-BLOCK TEST/TEST THERAPEUTIQUE SI DOUTE SUR LOCALISATION (13% POSITI

F

SI BLOCK UNIQUE LOCALISE AVEC CRITERES RADIO))

D-UNE APPROCHE MULTIFACTORIELLE



LES INFILTRATIONS POSTERIEURES: RESULTATS

EN PRATIQUE: 50% DES MALADES(1976 MOONEY)
3 ETUDES (2 CONTROLEES):

A-DUREE D'EFFET

EFFET A COURT TERME: 22 A 76%

EFFET A LONG TERME(6 A 12 MOIS) : 8 A 62%

B-SITE

IA=PA

C-MECANISMES

METHYLPREDNISOLONE>ANESTHESIQUE(IA OU PA)
EFFET POSITIF PIQURE SECHE,SERUM SALE ET ANESTHESIQUE
PAS DE MODIFICATION CAPACITES MUSCULAIRES
IMPACT DOULEUR + COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

D-COMPLEMENT PRECOCE(3 MOIS):

LA RESTAURATION FONCTIONNELLE (6% INTOLERANCE
DOU

L

OUREUSE + 15% D'ABANDON, PAS D'EFFET SUR LA DOULEUR, PEUR REPRISE TRAVAIL)



LC : SYNDROME LIGAMENTAIRE

LES LIGAMENTS-CIBLES:

1-LIGAMENTS ILIO-LOMBAIRE:

SPL L5

DOULEUR INGUINALE+ HEMI-BARRE MAIS??

2-LIGAMENT INTEREPINEUX ET SUREPINEUX(BAASTRUP)

A-PATHOLOGIES SOUS-JACENTES

A-DANS > 50%:TROUBLE STATIQUE : CYPHOLORDOSE(APEX)>SCOLIOSE

B-DIVERS : TASSEMENT , POST-OP , SPL

B- EXAMEN:

DOULEUR LOCALE CENTRALISEE SYMETRIQUE

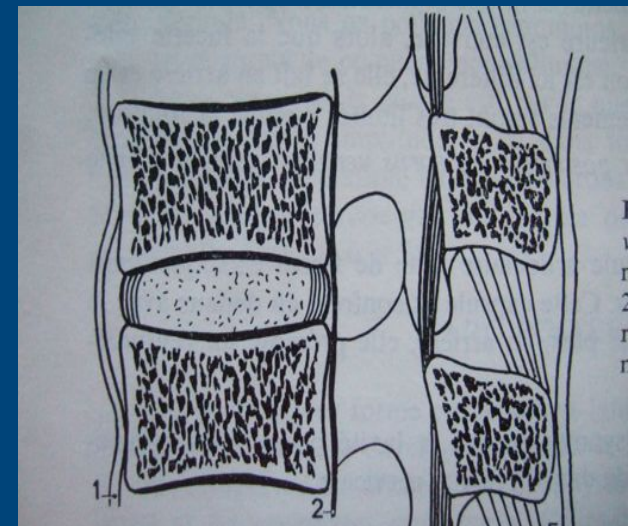
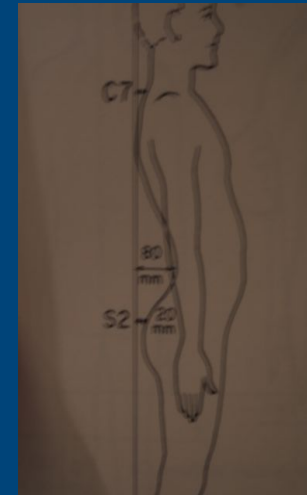
COMPOSANTE **PRINCIPALE**: EXTENSION>FLEXION EN FIN D'AMPLITUDE

COMPOSANTE **SECONDAIRE**:INFLEXION/ROTATION

C-PIEGES:

RARE DOULEUR REFEREE PSEUDOMETAMERIQUE

FORME BIFOCAL (CERVICALE ET LOMBAIRE)



3- PAS DE SYNDROME DU LIGAMENT JAUNE(PAS D'INNERVATION)

LC D'ORIGINE DISCALE

-HYPERALGIE + SYNDROME ISOLE OU ASSOCIES (DISCAL ET DUREMERIEN)

A-SYNDROME DISCAL (HD ,DISCOPATHIE,ENTORSE DISCALE):

1-BOITERIE(MARCHE EN SALUANT)

2-ATTITUDE ANTALGIQUE IRREDUCTIBLE EN COMPRESSION

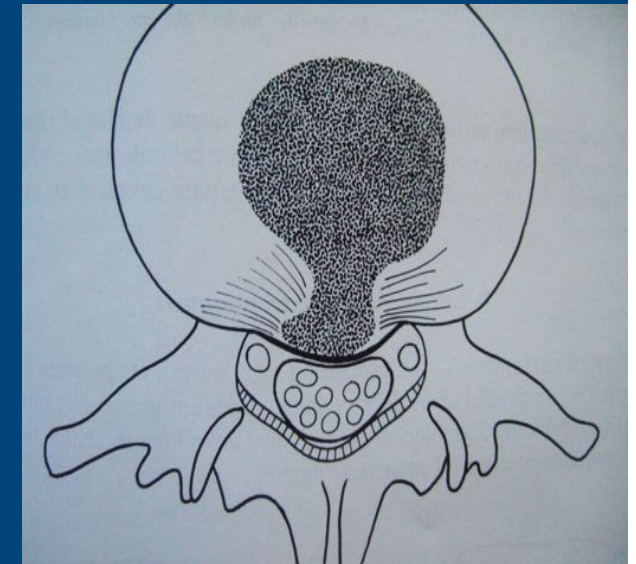
(CROISEE OU NON SELON POSITION HD)

3- ARC DOULOUREUX(FLEXION OU RETOUR++)

4 -SCHEMA ARTICULAIRE ASYMETRIQUE:

SIGNE DE MISE EN COMPRESSION>DISTRACTION

SAUF SI HERNIE REDUCTIBLE (APRES REPETITION)



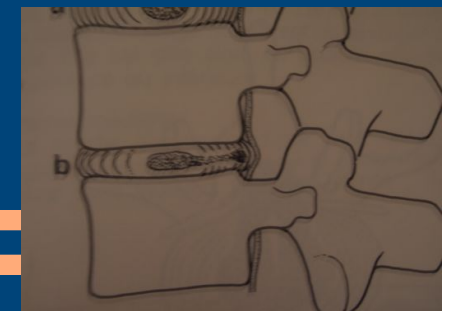
B-SYNDROME DURE-MERIEN PAR COMPRESSION OU FROTTEMENT DISQUE/DURE-MERE

(INNERVATION FACE ANTERIEURE):

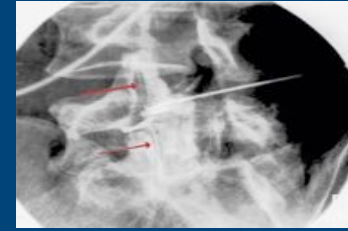
1- BARRE LARGE ET NON SEGMENTAIRE

2-LASEGUE LOMBAIRE(BIL) +/- FLEXION CERVICALE

LIMITATION MOBILITE PRONONCEE HARMONIEUSE ET SYMETRIQUE



LES INFILTRATIONS INTRADISCALES



AFSA(2002): PAS
D'IN
J

ECTON INTRADISCALE GLUCOCORTICOIDES

1-RISQUES DE CALCIFICATIONS SI:

HEXACETONIDE DE TRIAMCINOLONE
CORTIVAZOL, BETAMETHASONE

2-ACETATE DE PREDNISOLONE:

50% A 56% EFFET A 6 MOIS SI DDR MODIC 1
(BENYAIYA 2004, NAHAL 1995)

LOMBALGIES DISCALES: TRAIITEMENTS PHYSIQUE PAR MC KENZIE

**THERAPIE MECANISTE: DEPLACEMENT
ANT DU DISQUE/EXTENSION**

**LOMBALGIE AIGUE > LOMBALGIE
CHRONIQUE**



LC ET SYNDROME MUSCULAIRE

1- SYN D

ROME MYOFACIAL ISOLE OU INTEGRE AU SYNDROME CELLULOPE

A-SECONDAIRE AU STADE AIGU DE LA RADICULALGIE

SITE: MYOTOME DE LA RACINE CONCERNEE

TOPOGRAPHIE PSEUDORADICULAIRE DE LA DOULEUR

B-SECONDAIRE AU DIM

DAND LE TERRITOIRE BRANCHE POSTERIEURE

2- CLINIQUE

DOULEUR IRRADIEE > DOULEUR SITE RESPONSABLE

TRIGGER POINTS A LA PALPATION

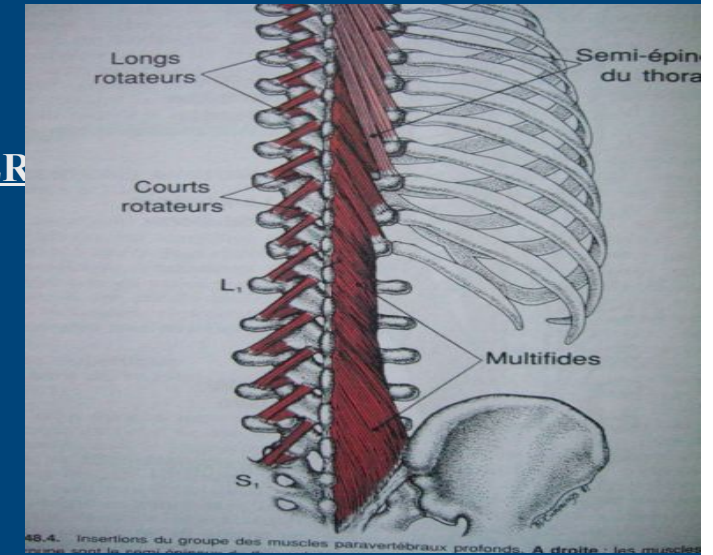
MYALGIES FOSSE ILIAQUE EXTERNE

3-EXEMPLE:

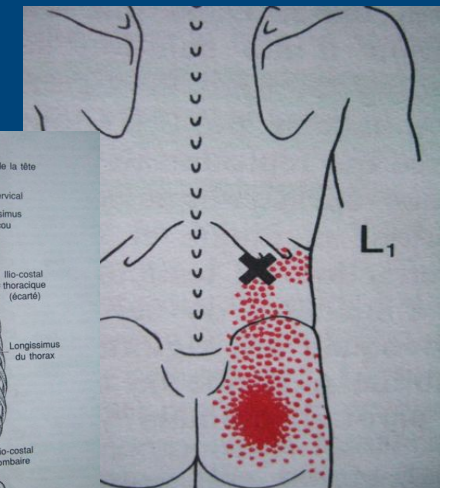
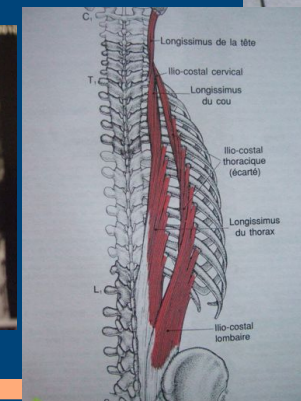
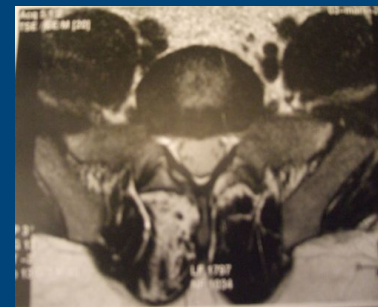
PIRIFORMIS (49% LATENTS; 21% ACTIFS)

4-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

ATROPHIE POST-DENERVATION



48.4. Insertions du groupe des muscles paravertébraux profonds. A droite - les muscles courts sont le semi-épin du thorax.



LES TRAITEMENTS MYOFASCIAUX



1-RF:ETIREMENTS/COMPRESSION/FROID

2-L'ACUPUNCTURE

3-

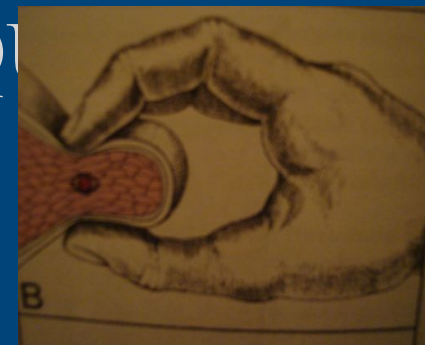
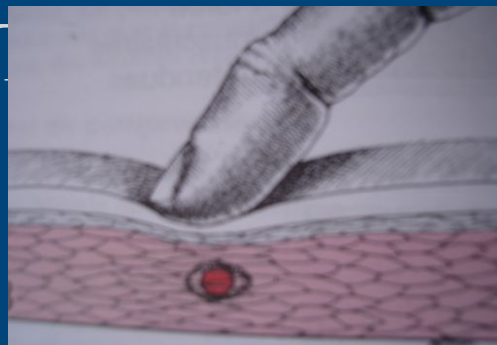
L

E

S INJECT

STHESIQ

(AINE)



LC : INSTABILITE/ HYPERMOBILITE

1-INSTABILITE FONCTIONNELLE(RADIO?)

DL PASSAGE STATION DEBOUT A STATION ASSISE

DOULEUR LORS DE L'EXTENSION DE RETOUR APRES FLEXION

SIGNE DE GOWERS (MYOPATHIE)

EXTENSION DU

RA

C

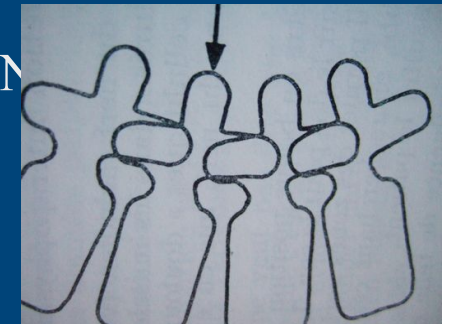
HIS PRECEDANT EXTENSION DU BASSIN LORS DE L'EXTENSION

PRONE INSTABILITY TEST

2-HYPERMOBILITE:

GENERALISEE: HYPERLAXITE BENIGNE

LOCALISEE: EXT > FLEX



LC ET SYNDROME TRONCULAIRE

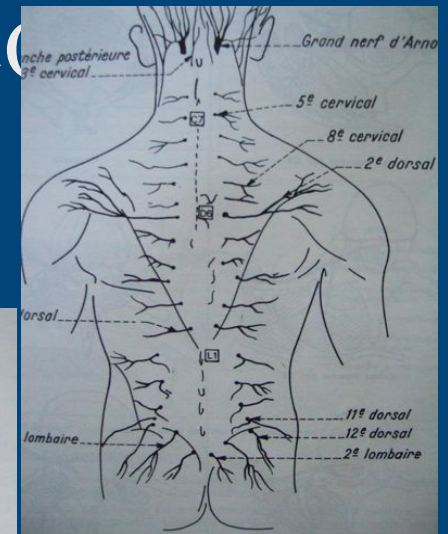
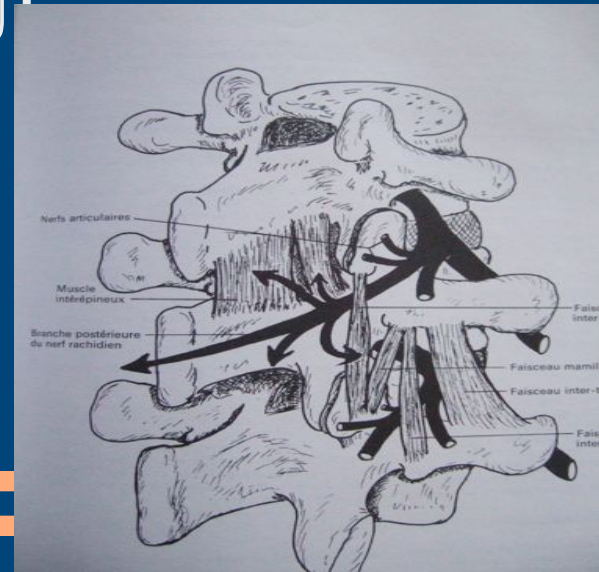
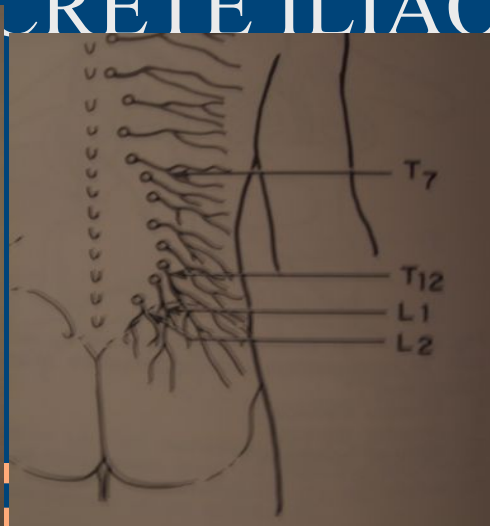
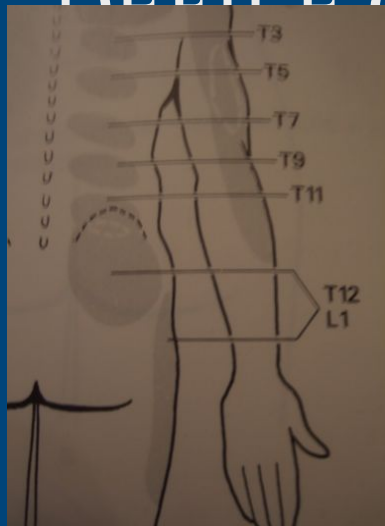
EMERGENCE APONEVROSE (RAMEAU PERFORANT)

A

NT ILIOHYPOGASTRIQUE OU SOUS-CO

BRANCHE POSTERIEURE

DE L'ÉPICRETE ILIAQUE



LOMBALGIES PSYCHOGENIQUES

1-EXAMEN:

PAS DE TOPOGRAPHIE SYSTEMATISEE(BLINDAGE)

CONTEXTE FIBROMYALGIQUE

AMBIANCE

DOUL

E

UR NEUROPATHIQUE(35% DL CHRONIQUE,39% LOMBALGIES CHRONIQUES):

- « MALADE INTOUCHABLE »:AU MASSAGE
- DERMALGIES :ALLODYNIE,HYPERESTHESIE
- KINESIOPHOBIE (LORS DE L'EXTENSION+)

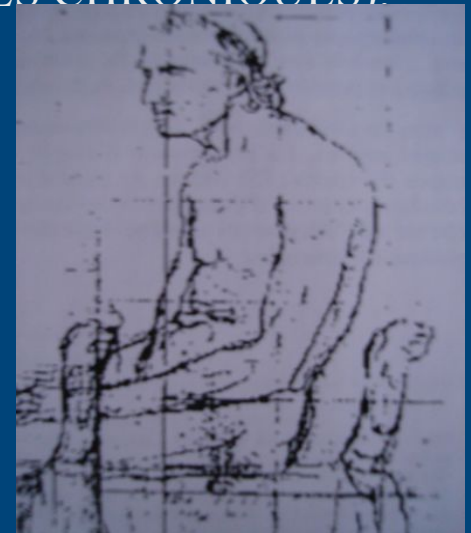
2- ECHEC DES TRAITEMENTS MEDICAUX

=EFFET TOPIRAMATE (EPITOMAX)

3-PATHOLOGIE DE LA GUERISON:

REPRISE EN CONSCIENCE DE SON HISTOIRE!

ANNONCE ACCOMPAGNEE DE SA GUERISON!



PROGRAMME DE RESTAURATION FONCTIONNELLE(LARIBOISIERE)

1-TRAITEMENT QUOTIDIEN(5H30) X 5 SEMAINES:

**LUTTE CONTRE DECONDITIONNEMENT
CONTROLLER SA DOULEUR
RENFORCER LES CONVICTIONS**

2-RESULTATS SUR INCAPACITE APRES 3 MOIS AT:

57%(3 MOIS) 59%(6MOIS) 67%(1 AN) TB

64% REPRISE PROF

51% REDUCTION NB JOURS ARRET TRAVAIL

3-LIMITES :

GROUPE ANXIETE/DEPRESSION

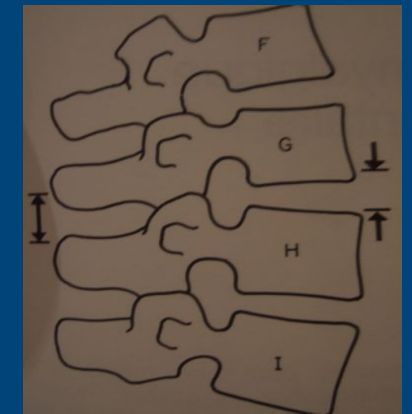
PAS D'EFFET SUR DOULEUR

=IMPACT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

50% ADAPTATION POSTE DE W



LES DISCOURS



1-BONNE INFORMATION (FORMES ANCIENNES):

MALADE = SATISFACTION D'ETRE COMPRIS ET PAS D'AVOIR COMPRIS

(20% INSATISFAIT DONT 40% CAUSE AFFECTIVE)

2-4 TYPES:

LA LESION- LA FONCTION- L' ENVIRONNEMENT- LA PSYCHOLOGIE

3-COMMUNICATION (EMPATHIE):

FACULTE DE PERCEVOIR CE QUE RESSENT AUTRUI

=

A

IDE A L 'ADHESION + A L'APPROPRIATION+ A LA MOTIVATION AU CHAN

=TAUX DE REUSSITE EN HAUSSE(68/86%)(KALAUOKANI)

4-STRATEGIE(EPSTEIN):

COMPRENDRE CONSTRUIRE FOURNIR COMMENTER VERIFIER



LC ET COMMUNICATION

MODELE DE COMMUNICATION(EPSTEIN)

A- COMPRENDRE

L
E

S EXPERIENCES ET LES ATTENTES DU PA

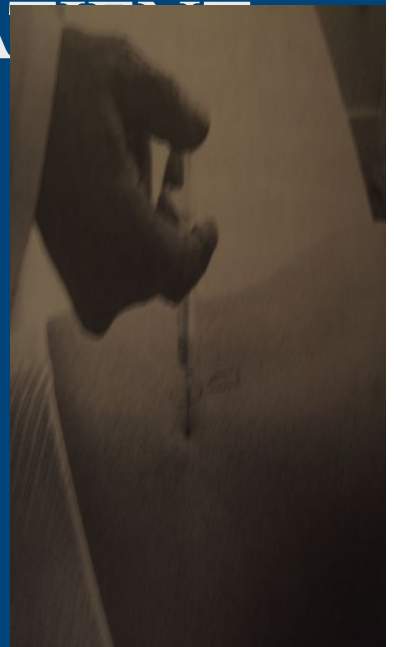
B- CONSTRUIRE UN PARTENARIAT

C- FOURNIR LES EVIDENCES

D- COMMENTER LES INCERTITUDES

E- VERIFIER LA COMPREHENSION

F- VERIFIER L'AGREMENT



LOMBALGIES POST-OP

1-POST-DISCECTOMIES

SUITES LOMBALGIQUES: 15 A 30%

REINTERVENTIONS: 10 A 20%

ORIGINE:

INSTABILITE

POSTERIEURE

2-POST-ARTHRODESE

POSTEROLATERALE

~~ANTERIEURE~~

LOMBALGIES POST-OP: ASPECTS CHIRURGICAUX

LOMBALGIES(FBSS)

1-ALIF(SI PAS DE RECALIBRAGE)

A-89% (COVENTRY STAUFFER)TB POST-
ARTH

R

ODESE PL POUR DOULEURS DISCOGENIQUES

B-89% TB POST-DISCECTOMIE(SIMON)

2-PLIF

ALIF>PLIF (71>57%) ELSIG
