



Les lombalgies chroniques : la prise en charge globale, le point de vue du rééducateur, du chirurgien et du médecin de la douleur

CPTS du Pays de Redon 15 octobre 2024

Dr Jephthé HOUEDAKOR, rééducateur – Dr Jean LEFEBVRE, neurochirurgien & médecin de la douleur





Clinique



SANTE PUBLIQUE

- Taux Rachialgies (C-D-L): en médecine Générale?
 - **Aigues 1 mois**
 - **Chroniques > 3 mois**
 - **Type de Prescription MG?**
 - **Ecole du dos? RFR, Phénotypage?**
- La **prévalence lombalgies** communes de **plus d'un mois** est estimée à **23%** (*Hoy et al ; 2012*).
- La lombalgie en France responsable d'un **coût sociétal** direct de 1,4 milliards d'euros et de **coûts indirects** >5 à 10 fois (*Fayad et al, 2004*).
- 80% des coûts, en termes de nombre de **jours d'arrêt de travail** et de compensations, sont liés aux 8% de chronicisation (*Fayad et al, 2004*).
- Prévalence élevée des cervicalgies :
 - annuelle 37.2% [16.7-75.1], vie entière 48.5% [14.2- 71]
- **Coût annuel cumulé des lombalgies et des cervicalgies au 3° rang des dépenses de santé** aux USA (après le diabète et les pathologies cardio-vasculaires)



Interrogatoire et anamnèse (1) dépister des **drapeaux rouges**

- **tumorale** : métastases, localisation myélomateuse
- **infectieuse** : spondylodiscite
- **inflammatoire** : spondylarthropathie, polyarthrite rhumatoïde, chondrocalcinose
- **neurologique** : tumeur intrarachidienne ou de la fosse postérieure
- **post-traumatiques** : fractures et luxations



Les **drapeaux rouges** de Rachialgies symptomatiques

- **Signes nécessitant des investigations complémentaires**

Facteurs liés à l'âge

Age < 20 ans

- Anomalies congénitales
- Taches de naissance
- Implantation anormale du cuir chevelu
- Appendices cutanés
- Antécédents familiaux
- Infections liées à l'abus de toxiques

Age > 50 ans

- Antécédents de cancer
- Maladie vasculaire

Symptômes

- **Fièvre**
- **Raideur de la nuque**
- Nausées et vomissements
- Perte de poids inexplicée
- Torticolis
- Mobilité cervicale réduite
- Erythème ou exsudat
- Hypersensibilité cervicale

Divers

- Élévation vitesse sédimentation
- Augmentation CRP
- Hyper neutrophilie
- Nouveaux symptômes en cas d'arthrite inflammatoire connue
- Traumatisme

Examen neurologique

- Signe de **Babinski ou d'Hoffmann**
- Hyper-réflexie
- **Baisse de tonus musculaire**
- **Incontinence**
- Trouble cognitif
- Ataxie
- Perte d'acuité visuelle
- Céphalées intenses ou récentes
- Photophobie ou sonophobie

D'après Franck Corl (Mayo Clinic), Steven P Cohen et W Michael Hooten



Prévenir le passage à la chronicité

- Cap déterminant des **6 premières semaines** d'évolution dans l'évolution vers la chronicité
- **Prévenir le passage à la chronicité** souvent liée à des **facteurs psychologiques et sociaux péjoratifs**
- Dans la rachialgiealgie **aiguë/subaiguë**, importance des **drapeaux jaunes¹** qui prédisent le risque de chronicité (**indicateurs psychosociaux**)

• Drapeaux jaunes (personne)

Pensées

Catastrophisme
Croyances sur l'état, la douleur, la société
Attentes négatives du futur

Sentiments

Inquiétude, détresse, anxiété, dépression
Peur du mouvement (kinésiophobie)
Incertitudes sur le futur

Comportement

Description de symptômes extrêmes
Stratégies de **coping passives**
Inefficacité des traitements

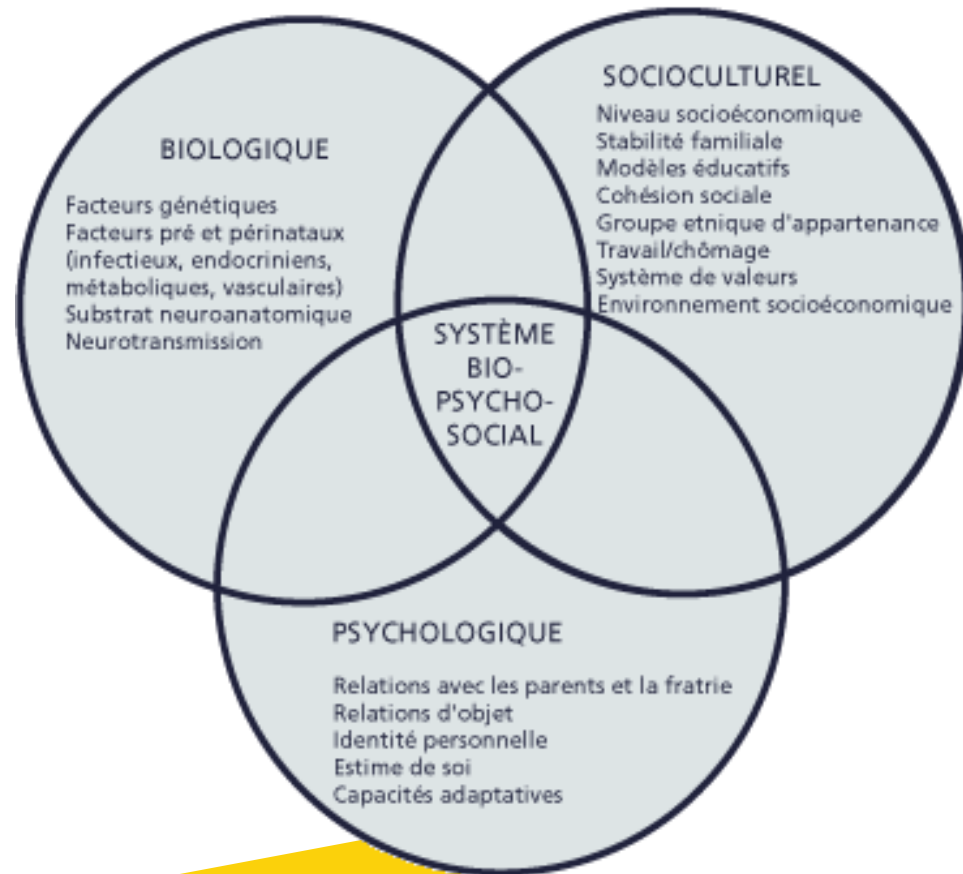
Peu ou pas de place laissée à l'examen clinique dans la détermination du risque de passage à la chronicité



Bio : analyse clinique

Psycho : analyse psychologique et
comportementale

Social : retentissement socio-
professionnel



L'enquête étiologique

- **Rachialgie prédominante**
 - Sujet jeune :
 - **posturale** (troubles musculo-squelettiques TMS)
 - arthropathie débutante
 - coup de fouet cervical (*whiplash*)
 - Sujet âgé :
 - uncodiscarthrose, arthrose articulaire postérieure
 - **myélopathie cervico-arthrosique**
- **IRRADIATION Radiculaire**
 - Radiculalgie vraie
 - Projection douloureuse (épaule/rachis thoracique)

**Intérêt de l'examen clinique neurologique ++
Composante neuropathique?**



Prescription d'imagerie inadaptée

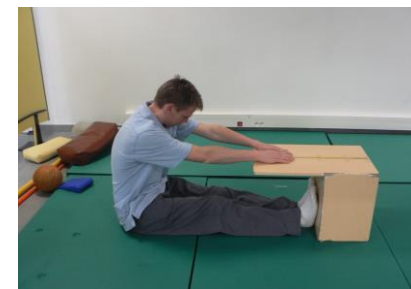
- **Il y a en règle trop de prescriptions d'examens d'imagerie**
 - Prescriptions trop précoces (1er mois)
 - Prescriptions parfois mal adaptées et inutiles
 - **Effets potentiellement nocifs de l'imagerie : les comptes rendus peuvent inquiéter les patients +++++**
- **Mais parfois un manque de prescription d'imagerie génère un retard diagnostic**

**L'examen clinique doit aider à savoir :
quand prescrire une imagerie ?**



Définir un examen clinique simplifié

- Evaluer la **mobilité passive** en position assise et allongée
 - Flexion-extension (DMS, DDS, DDP)
 - Rotations
 - Inclinaisons
 - Rechercher les **signes d'irritation radiculaire** (Lasègue MI et du MS: *abd-RI-rétrop bras/ tête tournée coté opposé = paresthésies racines*)
- **Examen neurologique systématique**
 - ROT
 - irritation pyramidale
 - déficit sensitivo-moteur
 - TVS



Messages-clés

- **Devant toute lombalgie, un examen clinique minimum est indispensable**
- **Trois objectifs principaux**
 - Eliminer une radiculalgie associée
 - Evaluer le risque de chronicité
 - Prescrire ou ne pas prescrire une imagerie
- **L'interrogatoire garde la première place par les renseignements qu'il fournit**
- **Intérêt de l'étude de la mobilité**
- **Proscrire l'immobilisation de longue durée et privilégier le travail actif**





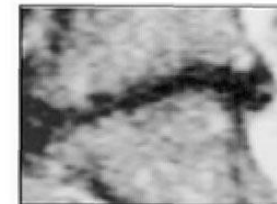
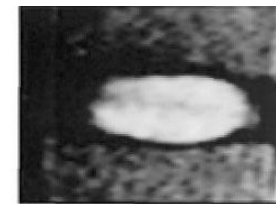
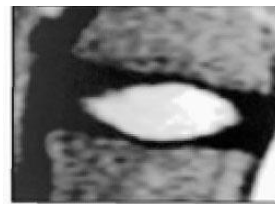
Imagerie



Imagerie

Recommandations HAS 2019

- Lombalgie aiguë « commune » = pas d'imagerie
- Imagerie si douleur > 3 mois (et encore...)
- Surtout indiquée en cas de geste invasif envisagé (infiltration, chirurgie)
- Modalités : **IRM +++** (ou scanner si contre-indications à l'IRM)



Imagerie

- Attention à l'effet nocebo ! Parallélisme radio-clinique non systématique
- ... et descriptions radiologiques trop hétérogènes : interprétation clinique difficile

Prévalence à l'imagerie de signes dégénératifs de la colonne lombaire chez des personnes asymptomatiques *

Résultats d'imagerie IRM



*Source: Brinjikji W., et al. AJNR Am J Neuroradiol. 2015 April; 36(4):811-816

Traduction VERVAEKE ROBIN pour KinFACT

Originale : SIMI Sports Medicine

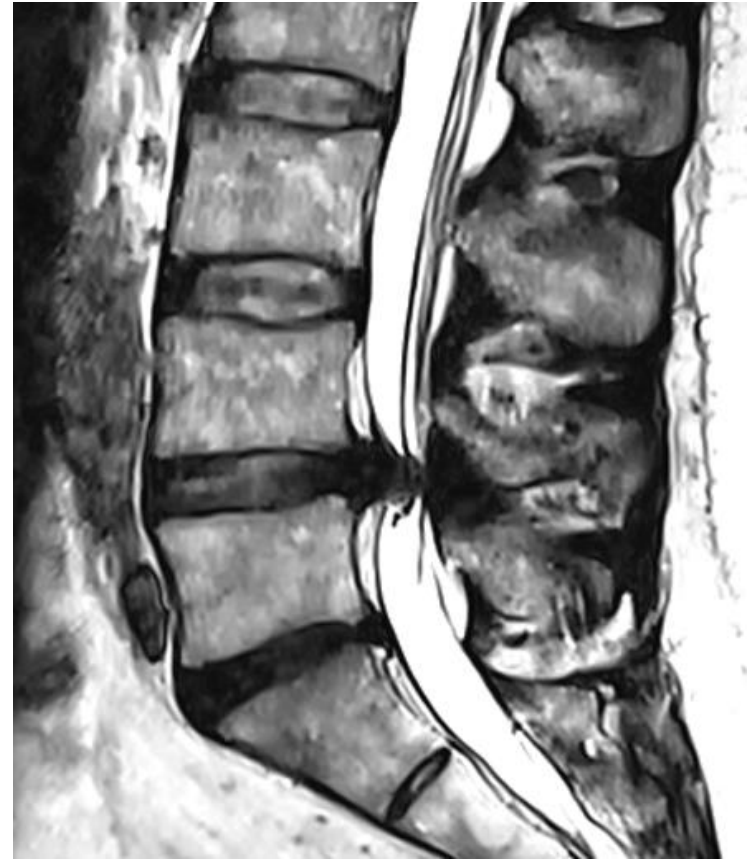


Imagerie

- Fausses bonnes idées / erreurs sur l'imagerie d'une **rachialgie commune** :
1. **Radiographies** du rachis lombaire sur une lombalgie commune : sensibilité et spécificité abyssalement nulles en première intention
 2. **Scanner** : totalement inutile si pas de contre-indications à l'IRM
 3. **Se précipiter** sur l'imagerie
 4. **Confondre description radiologique et diagnostic étiologique**



Imagerie



Deux patients, deux problèmes différents... quasiment le même compte rendu...





Prise en charge NON médicamenteuse



Prendre en charge les rachialgies chroniques

Informations du patient sur :

sa pathologie

l'absence de corrélation radio-clinique systématique

les modalités et objectifs du traitement.

Traitement médicamenteux symptomatique

Traitements pharmaco < traitements non pharmaco (kiné/exercices)

Antalgiques palier 1 en première intention

AINS

Myorelaxants si contracture associée (benzodiazépines)



Prescrire des séances de kinésithérapie avec des objectifs précis :

physiothérapie antalgique,
étirements,
renforcement des muscles spinaux par contractions isométriques,
récupération de la mobilité active,
travail proprioceptif,
apprentissage d'auto-exercices d'étirements musculaires

Privilégier le travail actif,

Limiter la physiothérapie antalgique et les massages

Proscrire l'immobilisation de longue durée du rachis



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

PRINCIPES

Isabelle Caby (Thèse). **Etude des cinétiques de déconditionnement et de reconditionnement du rachis chez des sujets lombalgiques chroniques**. Sciences du Vivant [q-bio]. Université du Droit et de la Santé - Lille II, 2010.

Rompres le cercle vicieux du déconditionnement,

Lever les inhibitions, peurs et croyances liées à l'activité physique

Rendre le patient acteur de sa prise en charge

Séjour starter de la reprise de l'activité: éduquer le patient quant à l'importance de la poursuite de l'auto prise en charge



APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Reconditionnement

- Physique : Souplesse, renforcement, RAE (C-V)
- Aspect comportementaliste : repérage et tentative de modification des comportements inadaptés
- Aspect socio-professionnel

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Reconditionnement : principes

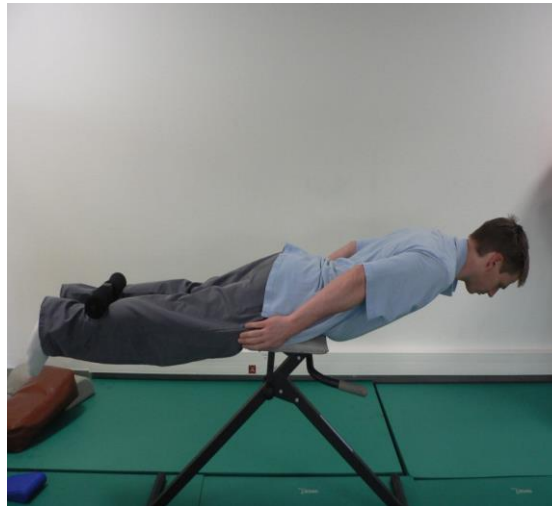
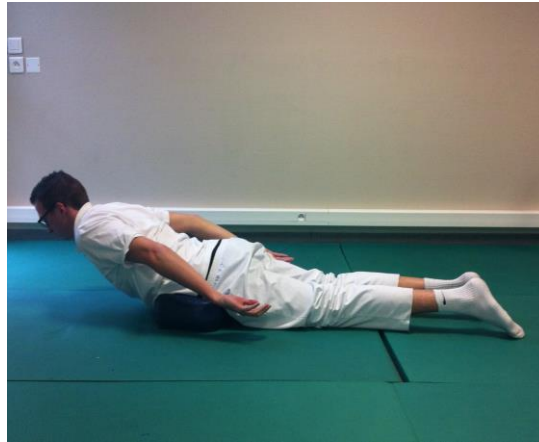
- **Efficacité = Addition des moyens**
- Douleur : pas critère principal d'efficacité
- Véritable **contrat** avec le patient

Lombalgiques chroniques :
profils très variables!



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE: Evaluation Musculaire



MPR/ RACHIS OPERE /
JUN 2016/ JH



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

Etirements: IJ, TS, Q, Psoas, Pyramidal



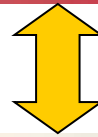
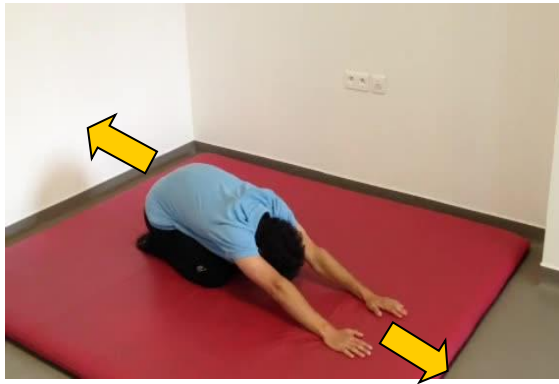
PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

Renforcement



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

Mobilisation vertébrale



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

ERGO : Flexibilité/Port de charge/ Positionnement



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE (grade B en +°moyens)

- **Technique préférentielle? = PHENOTYPAGE +++**

LES DOULEURS LOMBAIRES (Livre)

Françoise Beroud, Pr François Rannou, Pr Richard Trèves

ISBN : 9782910844257

Conception A Éditorial Paris : 01 42 40 23 00

Couverture : Underdogstudios

Dépôt légal 1e trimestre 2015

De la lésion au phénotype

dans la douleur lombaire -----29

François Rannou

Fayad F, Lefevre-Colau MM, Rannou F, Quintero N, Nys A, Mace Y, Poiraudau, S,

Drape JL, Revel M. **Relation of inflammatory modic changes to intradiscal steroid injection outcome in chronic low back pain. Eur**

Spine J 2007,16:925-931.

Recommandations de la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie sur l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire

[niveau de preuve : accord professionnel fort]

Référence :

Duquesnoy B, Duplan B, Legrand E, Avouac B. Recommandations de la Section rachis de la Société française de rhumatologie sur l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire. *Rev Rhum[Éd Fr]* 2001;68:192-4.



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

Evaluation par ECHELLE : DALLAS

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.)			
Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.			
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date :
A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).			

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout (0%) parfois moyennement tout le temps (100%)

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur) (0%) moyennement je ne peux pas sortir du lit (100%)

3. La possibilité de soulever quelque chose :

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant) (0%) moyennement je ne peux rien soulever (100%)

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant (0%) presque comme avant presque plus plus du tout (100%)

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur) (0%) moyennement je ne peux pas rester assis(e) (100%)

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant) (0%) moyennement je ne peux pas rester debout (100%)

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant) (0%) moyennement je ne peux pas dormir du tout (100%)

Total X 3 =% de répercussion sur les activités quotidiennes

8. La vie sociale :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc....) ?

pas du tout (ma vie sociale est comme avant) (0%) moyennement je n'ai plus aucune activité sociale (100%)

9. Les déplacements en voiture :

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

pas du tout (je me déplace comme avant) (0%) moyennement je ne peux me déplacer en voiture (100%)

10. Les activités professionnelles :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

pas du tout (elle ne me gêne pas) (0%) moyennement je ne peux pas travailler (100%)

Total X 5 =% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

11. L'anxiété /Le moral :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

je fais entièrement face (pas de changement) (0%) moyennement je ne fais pas face (100%)

12. La maîtrise de soi :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

je les contrôle entièrement (pas de changement) (0%) moyennement je ne les contrôle pas du tout (100%)

13. La dépression :

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

je ne suis pas déprimé(e) (0%) moyennement je suis complètement déprimé(e) (100%)

Total X 5 =% de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

14. Les relations avec les autres :

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

pas de changement (0%) moyennement changement radical (100%)

15. Le soutien dans la vie de tous les jours :

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc...) ?

aucun soutien nécessaire (0%) moyennement soutien permanent (100%)

16. Les réactions défavorables des proches :

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

pas du tout (0%) parfois tout le temps (100%)

Total X 5 =% de répercussion sur la sociabilité



Évaluation individuelle face à la douleur FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68
Version française : Chaory K, Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
FABQ PHYSIQUE							
1 - Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 - L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 - L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 - Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 - Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 - Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 - Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 - Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 - Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 - Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 - Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 - Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)



PHENOTYPAGE MPR

**EXAMEN SOMATIQUE +++
DALLAS**
AVQ / Travail – Loisirs
Anxiété – Dépression / Comportement

Retentissement Physique et social > 50%
RECONDITIONNEMENT

Retentissement thymique et Comportemental prédominant
TCC avant **PHASE DYNAMIQUE**

Profil évident
PEC **FONCTIONNELLE**

P1
RFR

P2
Reconditionnement Simple

P3

P4

5 Semaines tous les jours
HC ou HJ
Intensité en palier
Isocinétisme
Egrothérapie
RAE/ Natation/ Balnéo
Test d'effort si besoin
CIP
Cahier Personnalisé
Suivi Périodique

Contre – Indication RFR
Age > 50 ans
Chirurgie < 3 mois
Patient Psychiatrique!
HC ou HDJ (3/sem)
Durée à adapter
Isocinétisme possible
ETP/ CIP
Cahier Personnalisé
Suivi Périodique

Phase 1 : à 3 semaines
TCC
Psycho individuelle
ETP
CIP
Kiné dominante antalgique
Phase 2 : durée variable
Prise en charge dynamique:

Dominante antalgique
Marche
Autonomie (ergo)

Eléments optionnels: TENS, Hypnose, Ostéopathie, Relaxation, désensitization
TELE REEDUCATION



PRISE EN CHARGE DYNAMIQUE

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8H30 - 9H00	Cybex Rdc salle Bréhat	Cybex Rdc salle Bréhat	Cybex Rdc salle Bréhat	Cybex Rdc salle Bréhat	Cybex Rdc salle Bréhat
9H00 - 9H30	Kinésithérapie 3 ^{ème} Ouessant	Kinésithérapie 3 ^{ème} Ouessant	Kinésithérapie 3 ^{ème} Ouessant	Kinésithérapie 3 ^{ème} Ouessant	Kinésithérapie 3 ^{ème} Ouessant
9H30 - 10H00					
10H00 - 10H30	Réentraînement à l'effort Rdc salle Sports	Bassin de Natation Rdc thérapie	Réentraînement à l'effort Rdc salle Sports	Bassin de Natation Rdc thérapie	Bassin de Natation Rdc thérapie
10H30 - 11H00		habillage		habillage	habillage
11H00 - 11H30	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports
11H30 - 12H00	Ergothérapie 3 ^e salle Glénan	Ergothérapie 3 ^e salle Glénan	Ergothérapie 3 ^e salle Glénan	Ergothérapie 3 ^e salle Glénan	Ergothérapie 3 ^e salle Glénan
12H00 - 12H30					
13H30 - 14H00	13h15 à 14h Bassin de Natation Rdc thérapie	13h15 à 14h Bassin de Travail Rdc BValnéothérapie	13h15 à 14h Tir à l'arc Rdc salle de Sports	13h15 à 14h Tir à l'arc Rdc salle de Sports	
14H00 - 14H30	Gym Rdc salle de Sports		Gym Rdc salle de Sports		
14H30 - 15H00	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports	Stretching Rdc salle de Sports
15H00 - 15H30	Bassin de Travail Rdc thérapie	Bassin de Travail Rdc thérapie	Bassin de Travail Rdc thérapie	Bassin de Travail Rdc thérapie	Bassin de Travail Rdc thérapie
15H30 - 16H00					
16H00 - 16H30	Vélo,tapis Rdc salle de Sports	Vélo,tapis Rdc salle de Sports	Vélo,tapis Rdc salle de Sports	Vélo,tapis Rdc salle de Sports	Vélo,tapis Rdc salle de Sports
16H30 - 17H00		Relaxation Rdc salle de Sports		Relaxation Rdc salle de Sports	
17H00 - 17H30					

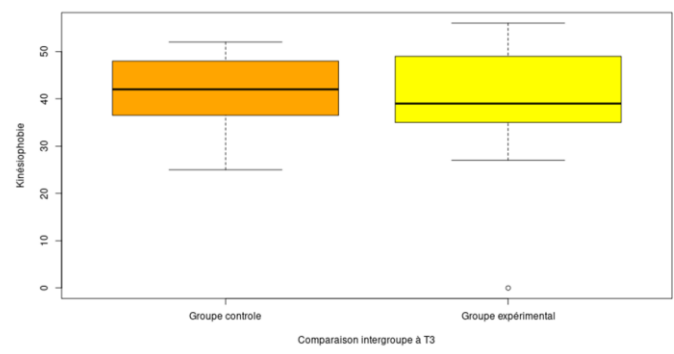
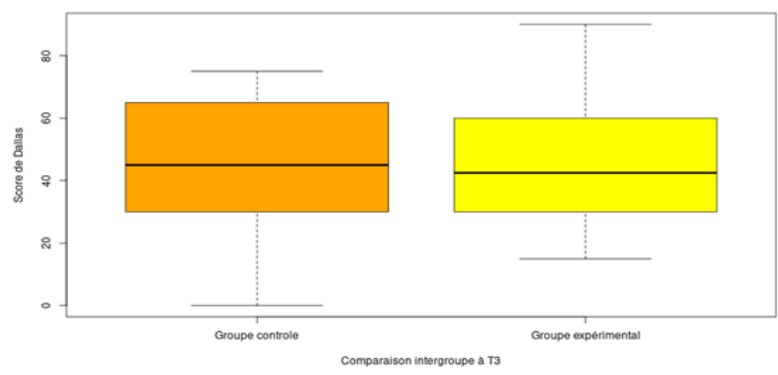
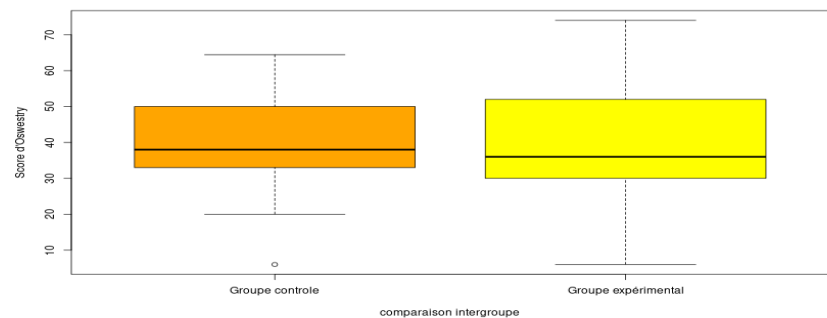
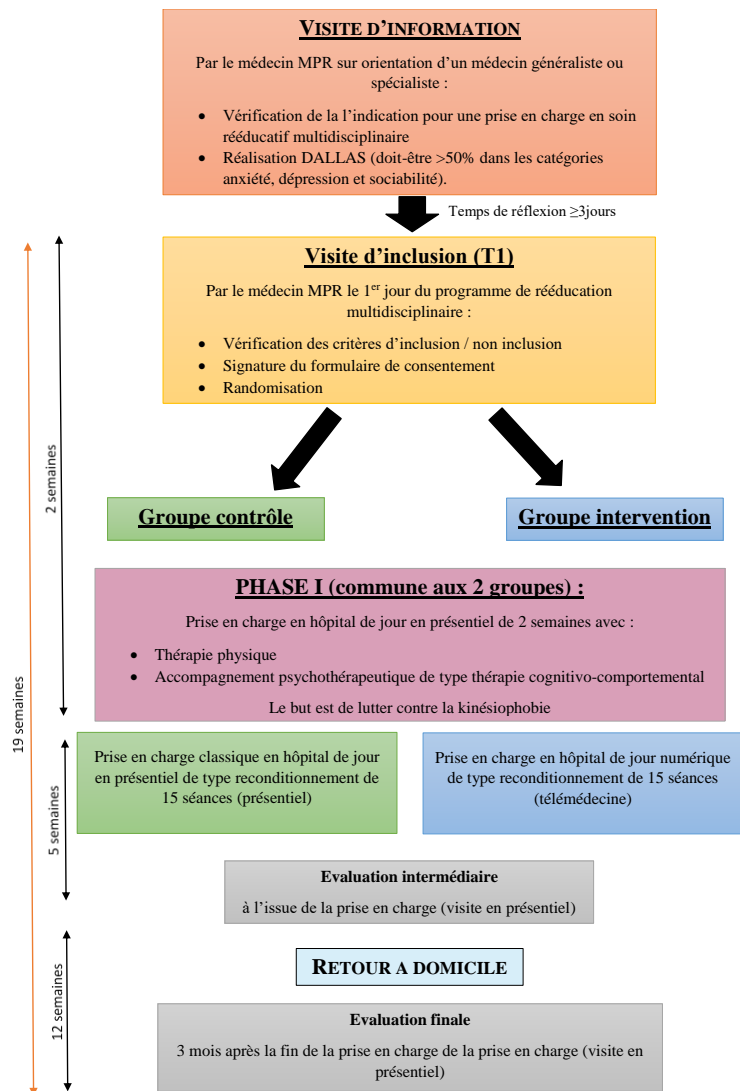


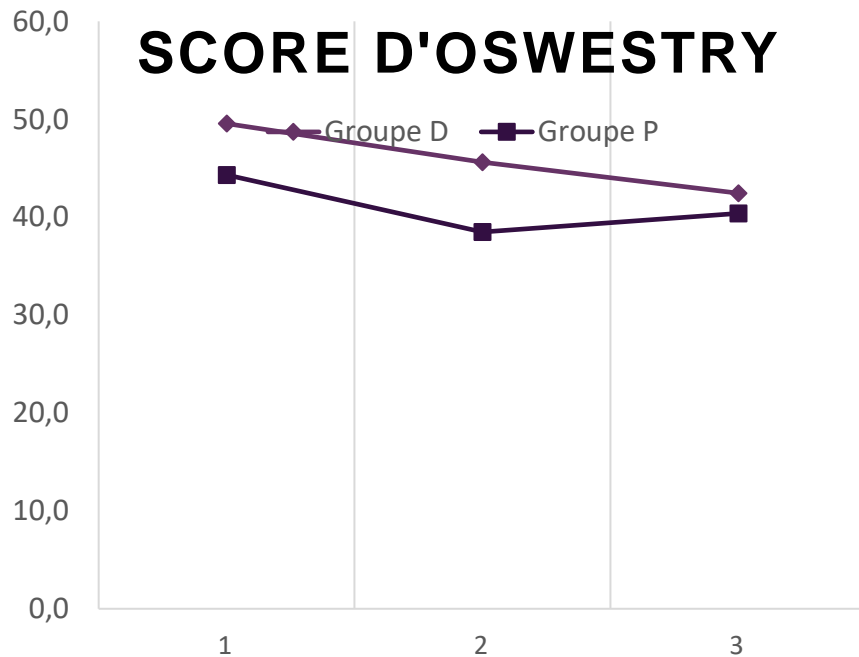
TELELOMB : valuation de l'efficacité fonctionnelle d'un programme de rééducation multidisciplinaire en télésoin dans la lombalgie chronique avec retentissement psycho-social prédominant :
essai monocentrique randomisé contrôle en simple aveugle

THESE : TELELOMB (Octobre 2023); Fin Etude Septembre 2024 (article)

La recherche précoce des facteurs de risque psychosociaux est recommandée afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et de l'incapacité et d'établir une prise en charge adaptée au risque: Intérêt du **PROFILAGE** ou **PHENOTYPAGE**







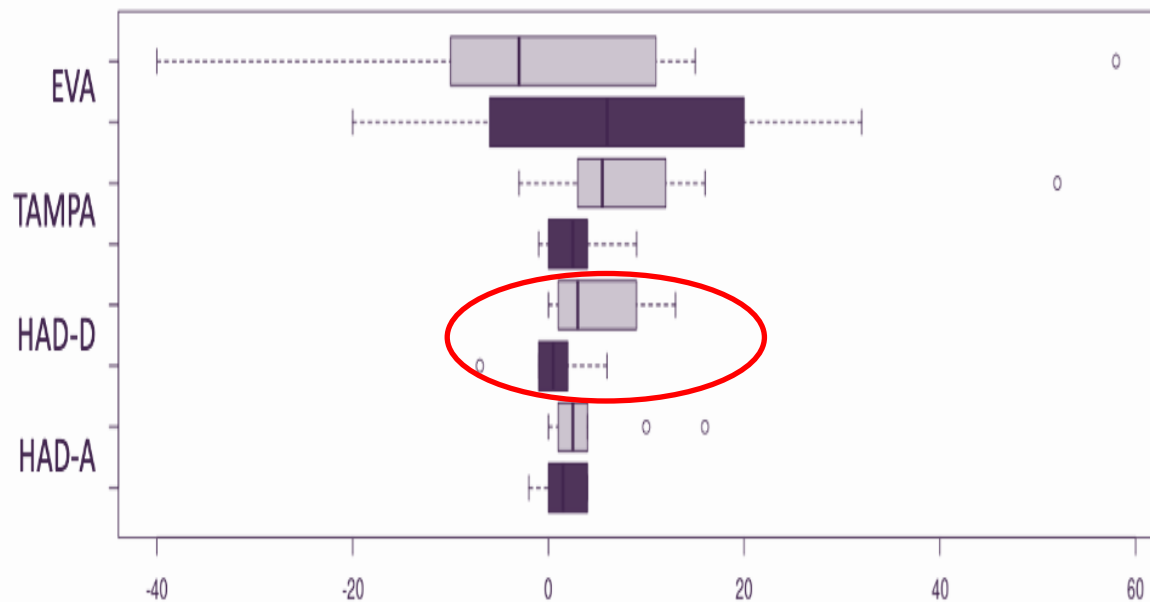
A trois mois de la fin de rééducation

L'ODI moyen pour le GD est de 42.44 tandis que pour le GP, il est de 40.04.

Le GD a montré une amélioration moyenne de 19,5% tandis que le GP a montré une amélioration moyenne de 3,9%
(p = 0.203)



03 Évolution des Scores: EVA, TAMPA, HAD à 3 mois



EVA:

Distanciel : Baisse de -0.70 (-1,1%)
Présentiel : Amélioration de 6.70 (12,4%)
 $p = 0.273$

TAMPA:

Distanciel : Gain moyen de 10.40 (21%)
Présentiel : Gain moyen de 2.70 (6,2%)
 $p = 0.148$

HAD Dépression :

Distanciel : Gain de 4.60 points (41,8%)
Présentiel : Gain de 0.50 points (6%)
Différence significative : $p = 0.033$



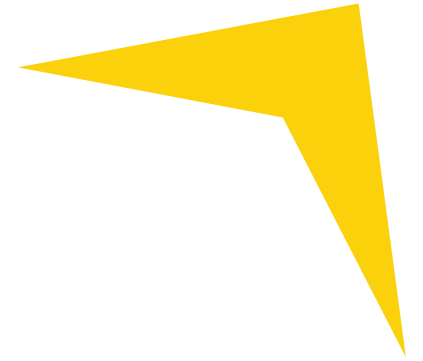
- Les approches de **rééducation hybride couplant phase présentielle et distancielle** semblent aussi efficaces que la rééducation présentielle seule pour améliorer le score d'Oswestry à 3 mois
- La gestion du patient dans son **milieu écologique pourrait réduire la peur du mouvement**, faciliter les activités quotidiennes et **diminuer la dépression sans diminuer la douleur**.
- Intérêt d'évaluer les corrélations potentielles entre les caractères physiques ou psychiques, la durée des lombalgies avec la reprise de l'emploi.
- ***Résultats définitifs de l'étude: SOFMER Octobre 2024 Toulouse, Article en cours de rédaction (différence significatives dans les 4 sous –scores de DALLAS) : Phénotypage à affiner***





Prise en charge médicamenteuse





Grade des recommandations

A	B	C	AE
Preuve scientifique établie	Présomption scientifique	Faible niveau de preuve	Accord d'experts



Recommandations HAS 2019

- Paracétamol et AINS +++ **toujours en première intention**

		Modalités	Grade
Première intention	Paracétamol	Peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur.	AE
	AINS	Peuvent être proposés après évaluation de la balance bénéfique/risque en fonction des antécédents, pour la plus courte durée possible, à la dose efficace la plus faible.	A



Recommandations HAS 2019

- Morphiniques « faibles » (codéine, tramadol) : si échec paracétamol et AINS...
... mais globalement à éviter

Seconde
intention

Opiïdes (a)

Le risque de mésusage doit être pris en compte (b).

Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible.

B

B

Recommandations HAS 2019

- Morphiniques « forts » (morphine, oxycodone, fentanyl...)

... en résumé : **JAMAIS sur une lombalgie chronique !**

Seconde intention	Opioïdes (a)	Le risque de mésusage doit être pris en compte (b).	B
		Les opioïdes faibles peuvent être proposés avec ou sans association au paracétamol, à faible dose, en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, pour la plus courte durée possible.	B
		Les opioïdes forts sont réservées aux lombalgies réfractaires aux prises en charge bien conduites (y compris programme de réadaptation pluridisciplinaire) pour la plus courte durée possible.	B



Recommandations HAS 2019

- Gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline), IRNSa (duloxétine, venlafaxine), tricycliques (amitriptyline)...

pas indiqués sauf si radiculalgie neuropathique

Seconde intention	Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	A B
	Gabapentinoïdes (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	A B



Recommandations HAS 2019

- Gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline), IRNSa (duloxétine, venlafaxine), tricycliques (amitriptyline)...

pas indiqués sauf si radiculalgie neuropathique

Seconde intention	Antidépresseurs (tricycliques ou IRSNa) (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés soit en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), soit en cas de troubles anxio-dépressifs associés, en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	A B
	Gabapentinoïdes (c)	Non indiqués en cas de poussée aiguë de lombalgie avec ou sans radiculalgie. Peuvent être envisagés en cas de radiculalgie chronique à composante neuropathique (d), en tenant compte de la balance bénéfice/risque.	A B

RAPPEL : ce sont des traitements de fond = test sur plusieurs mois avant de conclure à un échec



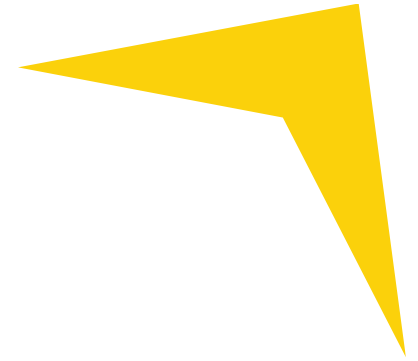


Les autres techniques



Recommandations HAS 2019

- **Plutôt oui... mais en combinaison avec le reste :**



Recommandations HAS 2019

- **Plutôt oui... mais en combinaison avec le reste :**
 - ceinture lombaire
 - corset rigide
 - sophrologie, relaxation, méditation pleine conscience, hypnose...
 - TENS

NB : aucune de ces techniques ne modifie l'évolution de la lombalgie !



Recommandations HAS 2019

- **Plutôt oui... mais en combinaison avec le reste :**
 - ceinture lombaire
 - corset rigide
 - sophrologie, relaxation, méditation pleine conscience, hypnose...
 - TENS

- **Plutôt non ... voire surtout pas !**



Recommandations HAS 2019

- **Plutôt oui... mais en combinaison avec le reste :**
 - ceinture lombaire
 - corset rigide
 - sophrologie, relaxation, méditation pleine conscience, hypnose...
 - TENS

- **Plutôt non ... voire surtout pas !**
 - Ultrasons, tractions lombaires
 - Semelles orthopédiques
 - Myorelaxants
 - Patch de lidocaïne (Versatis)
 - Vitamine D
 - Antibiotiques
 - Anti-TNF alpha
 - Acupuncture, acupression, dry needling
 - Infiltrations si pas de radiculalgies





**... et si tout ça ne
marche pas ?**



Chirurgie

- **Réservée aux situations d'échec d'une prise en charge multi disciplinaire et multi modale sur une période prolongée**



Chirurgie

- **Réservée aux situations d'échec d'une prise en charge multi disciplinaire et multi modale sur une période prolongée**
- Deux grands principes chirurgicaux

BLOQUER

ou

FAIRE BOUGER



Chirurgie

- **BLOQUER** : l'arthrodèse
- Principe : bloquer une ou plusieurs articulations vertébrales par une instrumentation chirurgicale

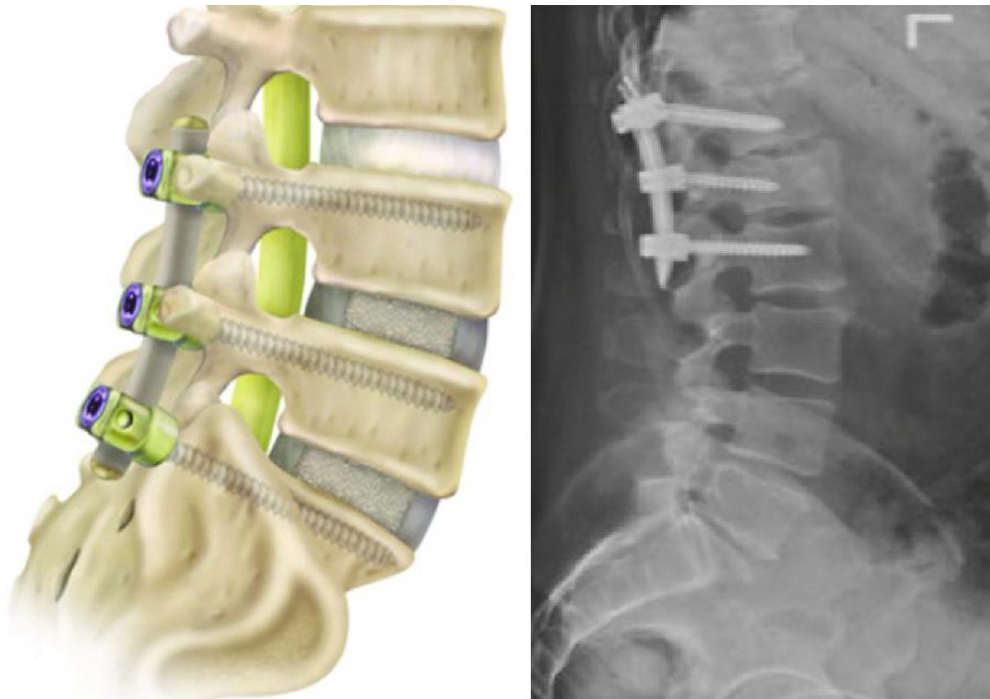


Arthrodèse intersomatique = cage entre les corps vertébraux (ALIF, OLIF)



Chirurgie

- **BLOQUER** : l'arthrodèse
- Principe : bloquer une ou plusieurs articulations vertébrales par une instrumentation chirurgicale

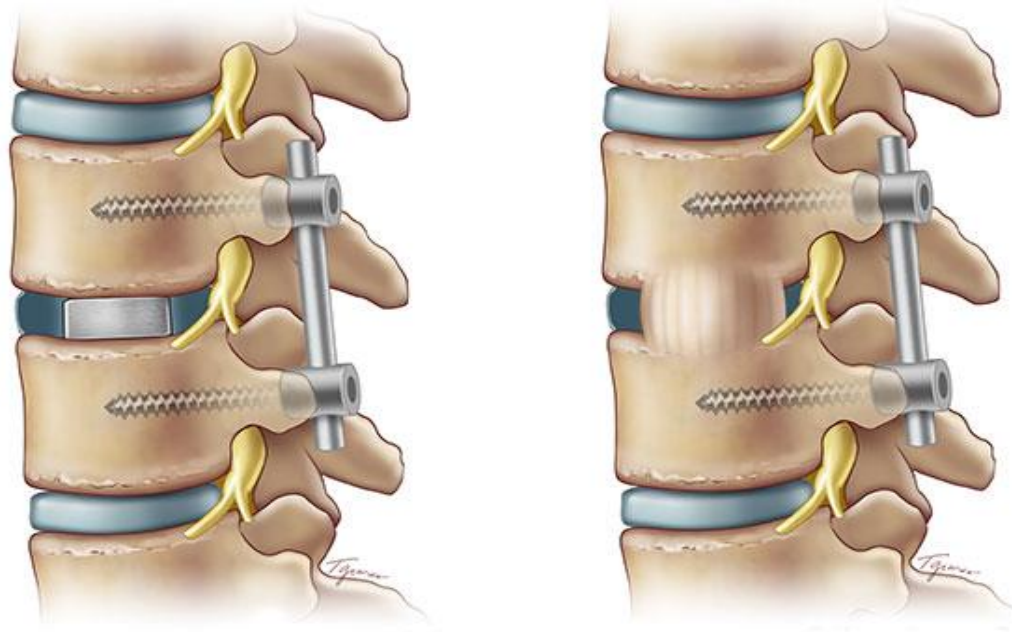


Arthrodèse postéro latérale : vissages postérieurs avec tiges



Chirurgie

- **BLOQUER** : l'arthrodèse
- Principe : bloquer une ou plusieurs articulations vertébrales par une instrumentation chirurgicale



Arthrodesis postérieure ET intersomatique



Chirurgie

- **FAIRE BOUGER** : l'arthroplastie
- Principe : remplacer un disque défectueux par une prothèse discale

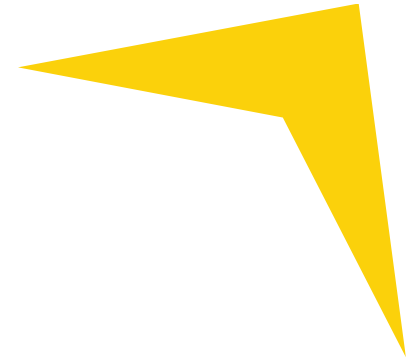


Arthroplastie L5-S1



Chirurgie : résultats

- Interprétation difficile de la littérature car
 - Hétérogénéité des patients +++
 - Hétérogénéité des pratiques chirurgicales
 - Puissance des études souvent insuffisante
 - ... donc recherche très lente sur le sujet



Chirurgie : résultats

- Interprétation difficile de la littérature car
 - Hétérogénéité des patients +++
 - Hétérogénéité des pratiques chirurgicales
 - Puissance des études souvent insuffisante
 - ... donc recherche très lente sur le sujet
- Globalement : résultats équivalents entre traitements non chirurgical et chirurgical
 - = rarement d'indication opératoire posée avant un traitement multimodal essayé sur une longue période (6 mois dans les recommandations, 12 à 24 mois en pratique)



Conclusion

- Lombalgie chronique commune : **enjeu de santé publique**
- Savoir identifier les « **drapeaux rouges** » : lombalgie « symptôme » et pas lombalgie « maladie »
- **Prise en charge multi modale +++** : jamais une seule technique isolée ne guérit une lombalgie chronique. Demander plusieurs avis.
- Rendre le **patient acteur** tout au long du parcours





Les lombalgies chroniques : la prise en charge globale, le point de vue du rééducateur, du chirurgien et du médecin de la douleur

CPTS du Pays de Redon 15 octobre 2024

Dr Jephthé HOUEDAKOR, rééducateur – Dr Jean LEFEBVRE, neurochirurgien & médecin de la douleur

