

# Les Lombalgies chroniques

## Le « Mal de dos »

**« Quand le malade commence à avoir mal au dos, le médecin  
commence à avoir mal à la tête »**

**Proverbe chinois**

# REFERENCES

- Musculoskeletal pain, BMJ 2002 ; 325 : 534 - 537 (7 September)
- Prise en charge interdisciplinaire de la lombalgie, Symposium de la « BELGIAN BACK SOCIETY », 10 et 11.12.2004
- Lombalgies chroniques, KCE reports 48 b 2006
- Prévenir la chronification des lombalgies non spécifiques. 2<sup>ème</sup> partie. Recommandations thérapeutiques basées sur les preuves durant les différentes phases de l'évolution. Forum Med Suisse 2007 ; 7 : 534 – 538
- Evaluation et approche multicentrique de la prise en charge pluridisciplinaire du patient lombalgique chronique, à travers l'expérience du Réseau Nord-Pas de Calais du Dos (RENODOS), Séverine Gagnon, Thèse de doctorat Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives Activités Physiques Adaptées soutenue le 24 Septembre 2008

- Guides de pratique dans le cas de douleurs musculo squelettique persistante, Québec vol 43, 11 nov 2008
- Recommandations de Bonne Pratique, Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges, Société française de Médecine du travail, septembre 2013, HAS
- Quoi de neuf sur la lombalgie ? André Thévenon, professeur des universités, praticien hospitalier, Pôle de Rééducation, Réadaptation et soins de suite, matinée Marcel MARCHAND du 23/11/2013

# IMPACT

- **80 %** de la population présente au moins un épisode de lombalgie au cours de la vie.
- En France :
  - Régime Accident de Travail / Maladie Professionnelle :
    - 100.000 AT et 2.500 MPI chaque année
    - 3,6 millions** de journées de travail perdues
    - 300 millions d'euros pour incapacité temporaire
    - 320 millions d'euros pour IPP (Incapacité Permanente Partielle)
  - Régime Assurance maladie :
    - 6 millions de consultations / an**
    - 9 %** des actes de médecine générale
    - 30 %** des actes de kinésithérapie
    - 12 millions de journées** indemnisées
    - Plus de **8,9 milliards d'euros** de soins médicaux

# ORIGINE DES LOMBALGIES

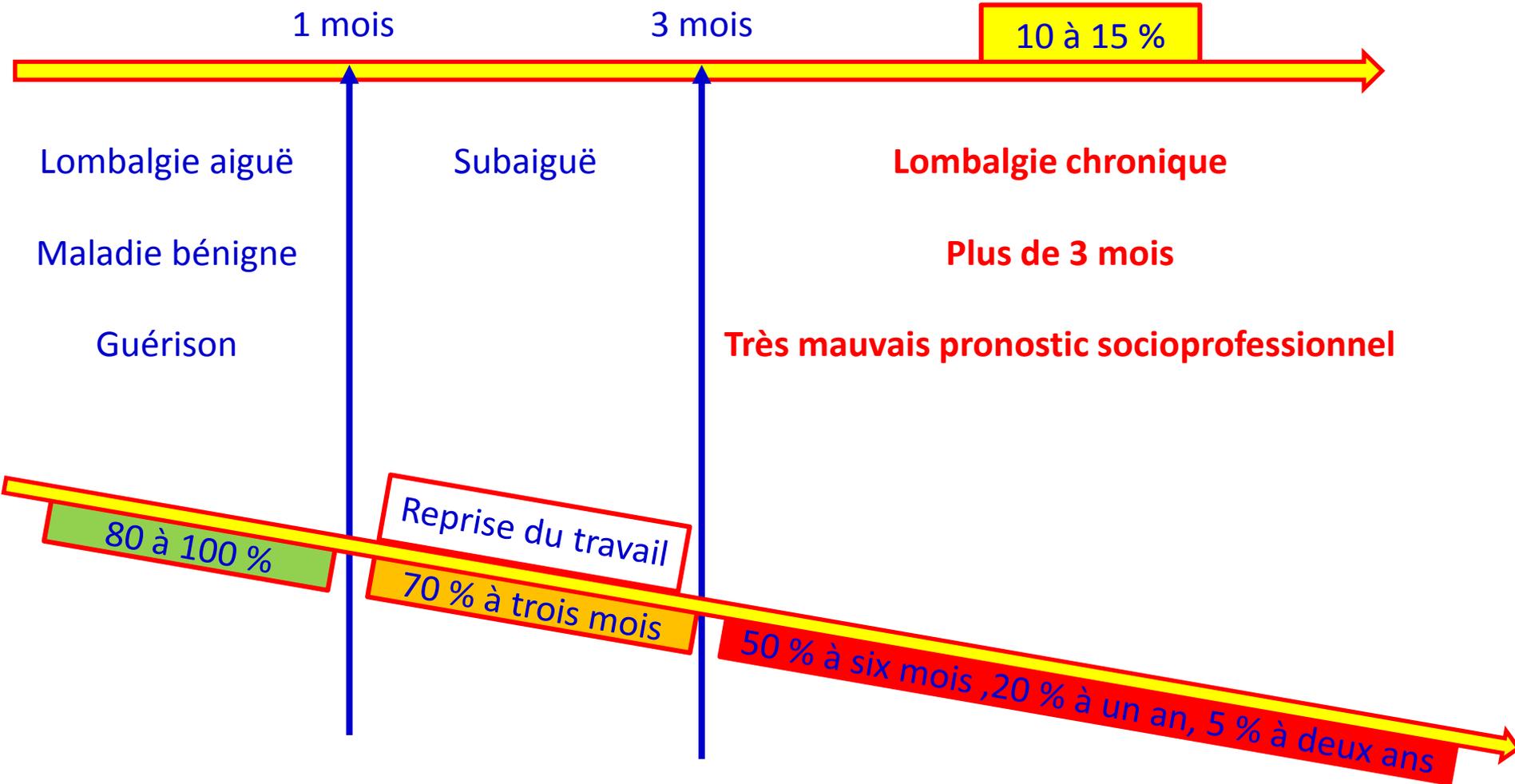
- Locales mécaniques ..... 97 %
- Irradiées d'origine viscérale ..... 2 %
- Locales non mécaniques ..... 1 %
  - néoplasiques : ..... 0,7 %
  - inflammatoires : ..... 0,3 %
  - infectieuses : ..... 0,01 %

# LE COMMENCEMENT



Douleur lombo-sacrée située à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou mais avec prédominance des douleurs lombo-sacrées.

# L'EVOLUTION





# LA SPIRALE MEDICALE INFERNALE

- Arrêt de travail
- Conseils : repos strict au lit, pas de ..., pas de ..., ...
- Radiographie --> Scanner --> IRM  
↓                      ↓                      ↓  
«Anomalies»    «Anomalies » «Anomalies»
- Massages, ...
- Demande de RQTH\*, d'invalidité, ...

\*RQTH = Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé



# La radiographie : des mots effrayants

- Bascule du bassin, inflexion scoliotique, scoliose avec une nette rotation des corps vertébraux, ...
- Discopathie , disarthrose, lésions dégénératives, ...
- Débutante / nette / sévère
- Pluri-étagées
- Arthrose postérieure, arthrose interapophysaire, ostéophytose périsomatique, calcification ostéophytique, ...
- Pincement discal à différents niveaux (L3-L4, L4-L5, L5-S1)
- Canal lombaire étroit
- ...
- A compléter par une IRM lombaire à la recherche d'un conflit discoradiculaire

# Un scanner qui ne rassure pas !

- Discopathie dégénérative , discarthrose plus ou moins sévère
- Ostéophytose avec bec nettement individualisé
- Arthrose articulaire postérieure
- Hypertrophie des massifs articulaires postérieurs
- Etalement discal, débord discal
- Protrusion discale, protrusion disco-ostéophytique, effet de masse, empreinte sur le sac dural
- Saillie discale , hernie discale, pouvant être irritative / conflictuelle
- Phénomène du vide discal
- Calcification épidurale
- Canaux de conjugaison rétrécis
- Antélisthésis important de L5S1 par lyse isthmique
- Sténose du canal lombaire avec retentissement sur les racines L4, ...
- Intérêt d'une IRM

# Une IRM qui amplifie la sinistrose ...

- Discopathies, lésions dégénératives étagées
- Bombement discal, débord discal, saillie discale, protrusion discale , hernie discale
- Intra canalaire médiane / latéralisée
- Avec retentissement sur les foramen intervertébraux
- Venant en contact de la racine L...
- Pouvant donc retentir sur cette racine
- Empreinte sur l'étui dural
- D'allure conflictuelle / pouvant être conflictuelle / conflictuelle
- Etroitesse canalaire modérée / sévère
- Antélisthesis de L5 sur S1

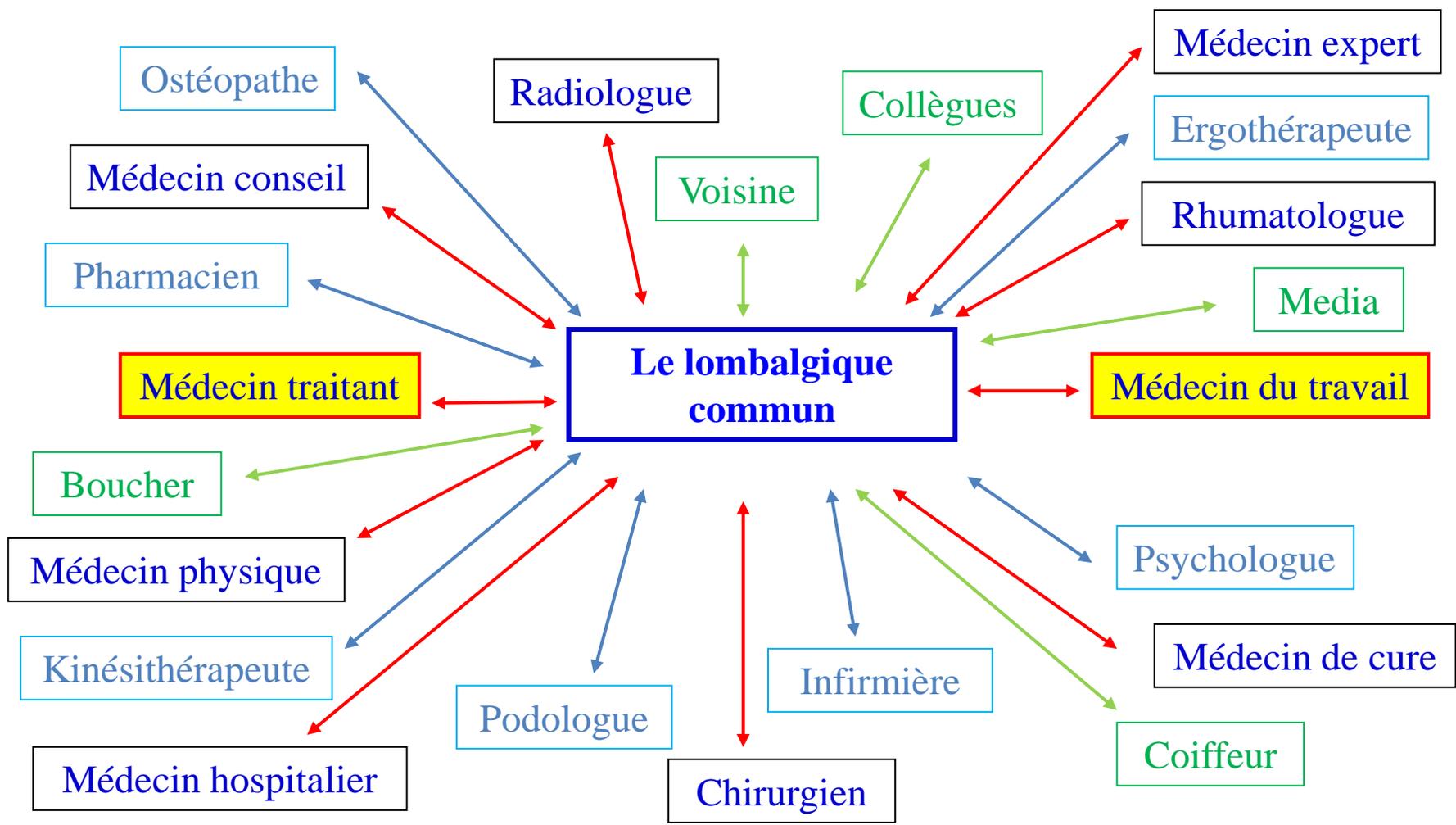
# LE MAL QUI S'ETEND

- Douleurs quotidiennes quasi-constantes
- S'exacerbant de plus en plus
- Pouvant gagner les omoplates, les fesses, les cuisses, ...
- Pour un port de charge de plus en plus faible
- Limitant de plus en plus de gestes
- Rendant difficile la marche, la montée des escaliers, la levée du fauteuil, ...
- Réduisant ou empêchant les activités ménagères, le travail dans le jardin, le bricolage, le sport, le port des enfants ou petits-enfants, ...

# ET L'ÉVICTIION SOCIO-PROFESSIONNELLE

- Certificats du médecin traitant, de spécialistes, insistant sur l'incapacité à reprendre son poste, à soulever des charges, ..., sur la nécessité d'une réorientation professionnelle, ...
- Reprise du travail avec restrictions +++ sur le port de charges (10, 5, 2 kg, ...), les déplacements, la station debout statique, les postures contraignantes pour le rachis, ...
- Inaptitude au poste
- Licenciement
- Chômage longue durée

# La prise en charge du lombalgique ne devrait relever que du médecin traitant aidé si besoin du médecin du travail



Mais tout le monde a son mot à dire, avec le plus souvent pronostic d'un avenir sombre +++

- Quand ce n'est pas le corps médical...

Mon pauvre ami, si ça continue comme ça, vous allez finir en chaise roulante...

Je n'ai jamais vu un dos aussi abimé chez quelqu'un de votre âge...

Si vous ne faites pas ce que je vous dis, on ne pourra plus rien pour vous !...



Il faut à tout prix vous faire opérer, et ensuite, plus de bêtises !

Si vous ne changez pas de métier, vous êtes foutu !

**ET POURTANT, CE QUE L'ON SAIT**

# L' APPROCHE PHYSIOPATHOLOGIQUE

- Pathologie discale (hernie, ...)
- Pathologie articulaire postérieure
- Pathologie musculaire



**Aucune n'est satisfaisante pour expliquer la lombalgie chronique**

- La fréquence de la lombalgie chronique, la multiplicité des facteurs font qu'il est hasardeux de retenir des éléments anatomiques pour expliquer la symptomatologie. En clair, **la lombalgie ne s'explique pas par les éléments anatomiques révélés par les examens paracliniques (radiographie, ...).**

# L'EXAMEN CLINIQUE

- Il ne retrouve pas d'éléments discriminants. On peut trouver de grosses contractures, une faiblesse musculaire, une raideur très importante, ..., chez des sujets qui retrouveront en quelques jours un état de santé normal, et à l'inverse peu de choses à l'examen clinique chez des sujets qui basculeront dans la lombalgie chronique.
- A l'embauche, les données de l'examen clinique incluant le poids, la taille, la flexibilité lombaire et la souplesse des membres inférieurs ont une faible valeur prédictive de lombalgie et d'incapacité. La recherche d'un trouble de la statique rachidienne (cyphose, lordose, scoliose), lorsqu'il est asymptomatique, ne présente pas d'intérêt particulier pour la surveillance ni l'aptitude.

Recommandations de Bonne Pratique, Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges, Société française de Médecine du travail, septembre 2013, HAS

# LES EXAMENS PARACLINIQUES

- Scanner, IRM, scintigraphie, discographie, ....
  - L'IRM retrouve 50 % de débord discal, 27 % de protrusion et 10 % de hernie discale chez les sujets ne se plaignant pas de leur rachis.
  - Il n'y a pas plus d'anomalies (protrusion, hernie, pincement, fissure annulaire, hyposignal IRM, ...) retrouvées chez les sujets malades que chez les sujets sains.
- Aucune classification n'est satisfaisante.

- Il n'y a **aucun parallélisme entre les signes fonctionnels (douleurs, raideurs, ...) et les données paracliniques** (hernie discale, ...). Douleur et incapacité fonctionnelle ne sont pas causées par ce qui est trouvé par ces examens (scanner, IRM, ...).
- Ces derniers n'ont donc aucune valeur prédictive pour le devenir du lombalgique. Ils n'ont donc **aucun intérêt dans le cadre des lombalgies chroniques**.
- C'est pour cela qu'en cas de lombalgie commune chez les sujets de 20 à 55 ans :
  - la prescription d'examens biologiques n'est pas recommandée
  - la prescription de radiographies standard n'est pas recommandée

Recommandations de Bonne Pratique, Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges, Société française de Médecine du travail, septembre 2013, HAS

- **Par contre, il existe un effet iatrogène de ces mots qui « tuent »** : hernie discale, sténose du canal lombaire, spondylolisthésis, ... qui persuadent le sujet concerné qu'il a une atteinte physique très grave qui ne peut que s'aggraver et conduire à l'incapacité ...
  - Djais J Rheumatol 2005, kendricks BMJ 2001 : l'évolution est plus souvent défavorable si on fait des radiographies
  - Hayward BMJ 2003 étude VOMIT : les comptes rendus augmentent les « fausses croyances » et la sinistrose
  - Carr ISSLS 2005 : dans plus de la moitié des comptes rendus on trouve des termes de pathologie pour décrire des phénomènes naturels liés au vieillissement mais seuls 2% de ceux-ci précisent qu'il s'agit de phénomènes normaux pour l'âge
- « Avant 1940, la lombalgie existait mais on ne faisait pas de radiologie et elle était soignée par une ceinture de flanelle et de l'aspirine, sans repos ou presque. Elle durait peu de temps. Aujourd'hui, on peut se demander si nos investigations et nos traitements multiples n'ont pas créé, en partie au moins, la maladie « lombalgie » et s'ils ne jouent pas un rôle dans la chronicité et l'incapacité des lombalgiques ». Vignon G, la douleur en rhumatologie, Medsi / McGraw-Hill Paris 1988

# LA HERNIE DISCALE...

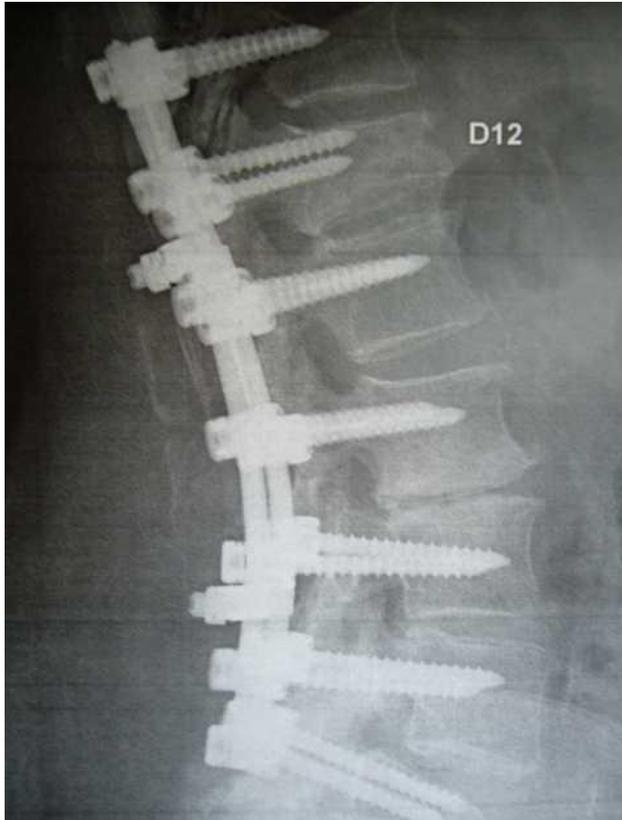
- Il s'agit le plus souvent d'une découverte fortuite sur un scanner ou une IRM faits suite à des lombalgies avec ou sans irradiation dans les membres inférieurs. Et **la plupart de ces hernies régressent voire disparaissent spontanément** sur ces mêmes examens de contrôle, et ceci d'autant plus que la hernie est volumineuse (Delauche-Cavallier, Spine 1992).
- En règle générale **elle n'est aucunement responsable des douleurs**. Elle n'est donc pas une « maladie grave » et « guérit » dans l'immense majorité des cas grâce au traitement médical, sans besoin de chirurgie.
- La chirurgie ne s'impose en fait que dans des cas très particuliers, à savoir s'il existe une situation d'urgence avec risque de lésion neurologique irréversible : déficit moteur dans le membre inférieur (sciatique paralysante), syndrome de la queue de cheval (troubles périnéaux, dysfonctionnements sphinctériens en particulier urinaires), ... En pratique, ceci concerne moins de 5 % des cas.

- Dans les autres cas, le traitement chirurgical (qui n'aurait pas du être réalisé) semble donner de bons résultats à court terme sur les douleurs (notamment celles dans les membres inférieurs), surtout si elles étaient importantes, mais cette amélioration se dégrade avec le temps et les résultats deviennent identiques à long terme, avec le même risque de récurrences (qui se produisent dans 5 à 27 % des cas) et de lombalgies, sans oublier les complications :
  - les plus fréquentes (1 %) : plaie radiculaire, infection, spondylodiscite, fibrose
  - plaie de l'artère iliaque primitive (106 cas sur 3000, 50 % de décès)
  - rachis instable post-chirurgical imposant une arthrodeèse
  - ...

# AUTRES ELEMENTS

- Dans le cadre de la lombalgie commune, le recours systématique au repos avec de longues périodes d'inactivité physique et en particulier professionnelle n'a aucune justification thérapeutique. **L'inactivité constitue probablement l'un des facteurs principaux du syndrome de déconditionnement physique.** Le lombalgique chronique s'enferme dans un véritable cercle vicieux associant limitation des activités, accentuation des sensations nociceptives, diminution des capacités physiques, désinsertion socioprofessionnelle et état dépressif.
- Il existe donc un consensus sur **l'inutilité du repos strict au lit** en cas d'épisode aigu de lombalgie non spécifique. Si le repos au lit est nécessaire en raison de l'intensité de la douleur, il ne doit pas excéder un ou deux jours car il peut favoriser la chronicité et ralentir la récupération fonctionnelle.

Recommandations de Bonne Pratique, Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges, Société française de Médecine du travail, septembre 2013, HAS

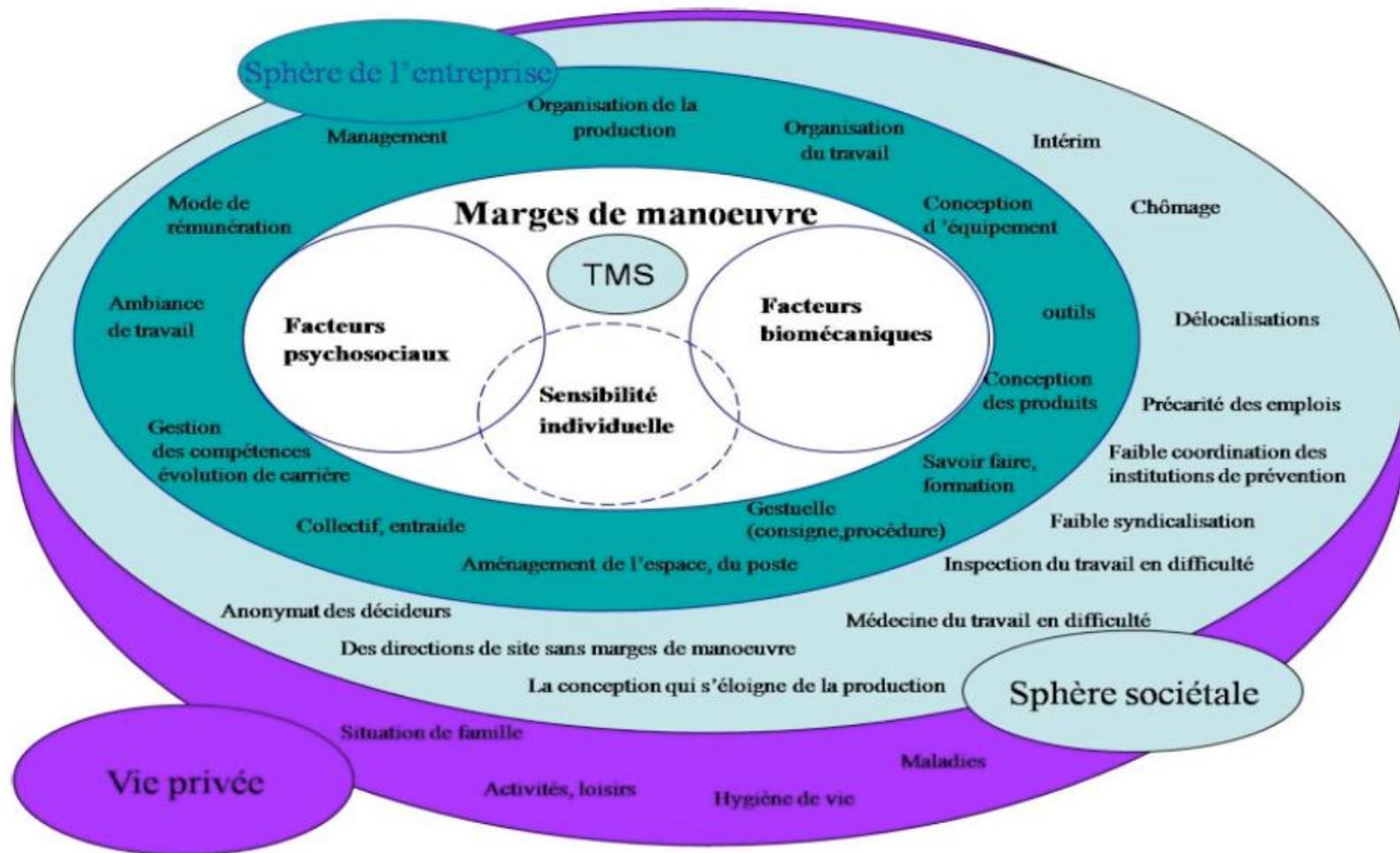


- Mannion et al, spine J 2013 : Après une moyenne de 11 ans de suivi, il n'y a **aucune différence** dans les résultats de l'auto-évaluation des patients (lombalgiques d'une durée d'au moins 1 an) **entre** ceux **opérés d'une arthrodèse vertébrale** (140 patients) **et** ceux n'ayant **pas** été **opérés** mais ayant bénéficié d'une approche multidisciplinaire cognitivo-comportementale et d'exercices de réadaptation (121 patients).

- De nombreuses études ont montré l'absence de relation entre l'importance des charges physiques et le retour au travail (Truchon M & Al J Occup Rehabil 2000).
- Les études d'interventions disponibles dans la littérature concluent à l'inefficacité des programmes de formation basés uniquement sur l'apprentissage des techniques de manutention (formation de type « gestes et postures ») pour prévenir les risques rachidiens liés à la manutention manuelle de charge.
- Le port d'un corset ou d'une ceinture lombaire n'a pas d'effets établis sur la prévention de la survenue de la lombalgie ou d'une rechute de la lombalgie et n'est donc pas recommandé.
- L'utilisation de semelles orthopédiques n'a pas d'effets établis sur la prévention de la survenue de la lombalgie et n'est donc pas recommandée.
- L'utilisation de tapis amortisseurs ou antifatigue n'est pas recommandée pour la prévention de la lombalgie.

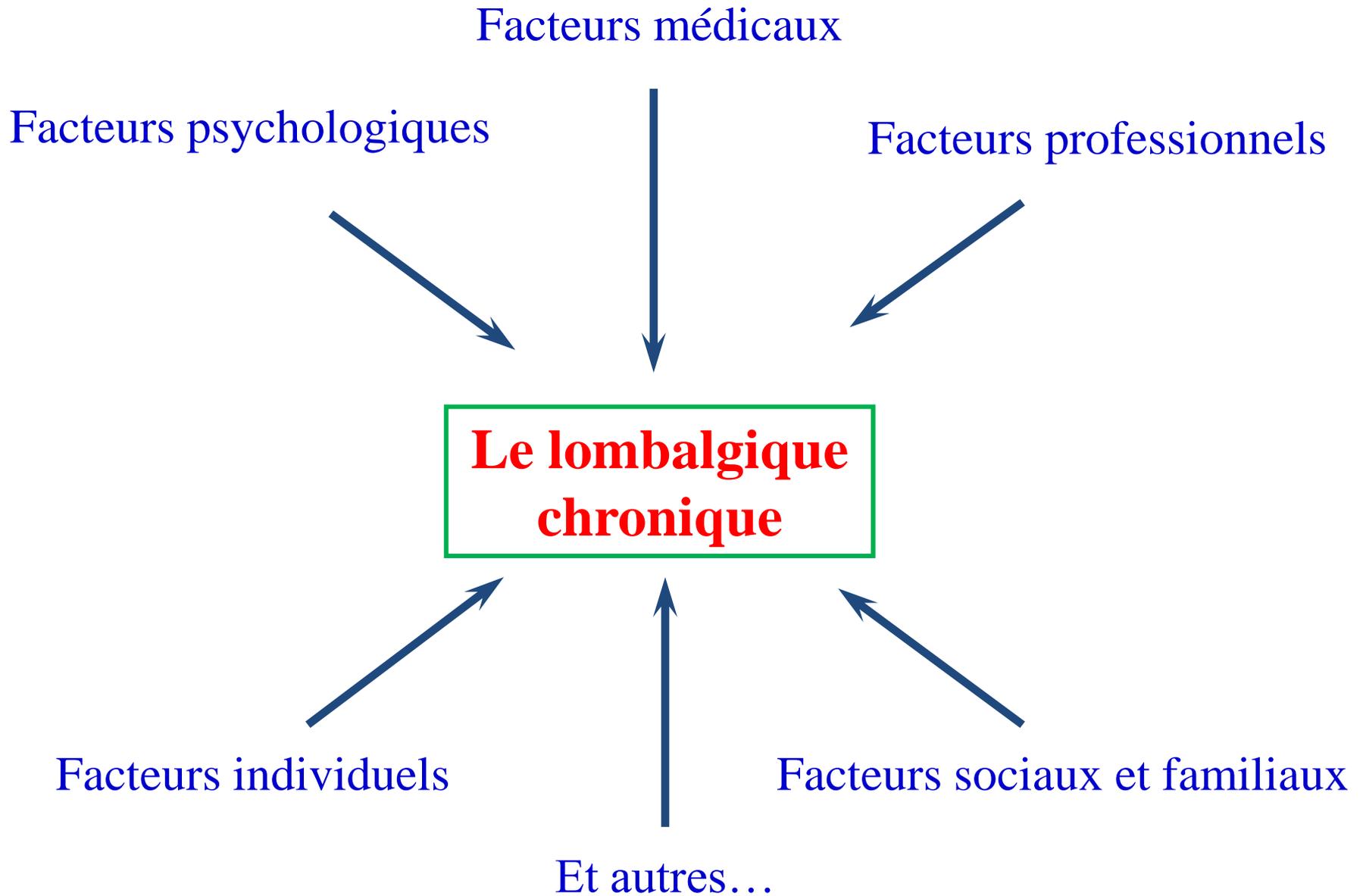
# CAUSES DES LOMBALGIES COMMUNES

# L'ORIGINE DES LOMBALGIES CHRONIQUES EST MULTIFACTORIELLE



Adapté de Franchi P et al. Agir sur les maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculo-squelettiques. ANACT, Lyon

**Il faut donc sortir de la simple logique du problème mécanique si l'on veut aider le lombalgique chronique ...**



# Les facteurs individuels

- Morphologie : non
- Etat de santé
- Hygiène de vie
- Résistance physique
- Sédentarité, absence d'activité physique régulière
- Manque d'activités sportives ou extraprofessionnelles (activités de bricolage et de jardinage) ou au contraire excès d'activités telles que la gymnastique, l'haltérophilie, le football ou le tennis chez les sujets jeunes (INSERM 1995; Rozenberg et al. 1998; Perrot 2000)
- ...

# Facteurs sociaux et familiaux

- Insécurité financière, bas niveau de ressources
- Antécédent d'indemnisation pour un problème similaire, attente de compensation financière (rente, invalidité)
- Revendications médico-légales
- Statut familial défavorable (nombre élevé d'enfants, statut parental (seul), divorcé ou veuf sans enfant, charge élevée de travail domestique) (Valat et al. 1997; Perrot 2000)
- Incapacité de tenir son « rôle » et sa « place » dans la famille
- Situation familiale conflictuelle, soutien familial défaillant, ignorance
- Hyperprotection et bénéfices familiaux secondaires (exemption des tâches ménagères, de bricolage, de jardinage, ...)
- ...

# Facteurs médicaux

- Faible prise en charge immédiate
- Prescription de repos au lit strict (Malmivaara et al. 1995)
- Absence d'information et de conseils (Indahl et al. 1995)
- Capacité à consommer des ressources médicales (Miedema et al. 1998)
- Sévérité de l'incapacité fonctionnelle (Coste et al. 1994; Valat et al. 2000), intensité de la douleur (van den Hoogen et al. 1997), longue durée de l'épisode douloureux actuel
- Existence d'une irradiation douloureuse aux membres inférieurs (Thomas et al. 1999; Valat et al. 2000)

- Antécédents de lombalgie ou de chirurgie lombaire (van den Hoogen et al. 1997) ; antécédents d'hospitalisation ou d'arrêt de travail
- Persistance des douleurs malgré une prise en charge lourde (chirurgie)
- Complications du traitement chirurgical (infection, fibrose, ...)
- Evaluation initiale de la susceptibilité à la chronicité par le médecin traitant (Schlottz-Christensen et al. 1999)
- Discours contradictoire des soignants
- ...

# Facteurs psychologiques

**Rôle crucial +++**

Validité des tests psychométriques +++

- Douleur qui ronge le moral
- Peur de la douleur, du mouvement
- Catastrophisme
- Mauvais statut psychologique global (Schjøttz-Christensen et al. 1999)
- Anxiété, dépression (Pilowsky 1995)
- Inquiétude liée à la représentation de la colonne vertébrale
- Utilisation de stratégies adaptatives (« coping ») inappropriées (Burton et al. 1995)
- Activité professionnelle ressentie comme dangereuse pour la santé
- Croyance que la douleur doit avoir disparu avant le retour au travail ou à des activités normales
- Anticipation ou crainte d'une augmentation de la douleur avec l'activité
- ...

# Facteurs professionnels

- Exigences physiques élevées : une mauvaise posture au travail et la durée de port de charge (Hoogendoorn et al. 2002). Les contraintes mécaniques sollicitant exagérément le rachis lombaire (la flexion du tronc de plus de 60° par exemple) est un facteur aggravant (Fayad et al. 2004). Toutefois, le poids de ces facteurs physiques et mécaniques semble être moins important que celui des facteurs personnels et psychosociaux (Valat et al. 1997; Valat 2005; Genêt et al. 2006)
- Rythme de travail soutenu
- Travail monotone
- Faible qualification
- Insatisfaction vis-à-vis du travail
- Absence de soutien collectif ou hiérarchique
- Climat social dégradé, conflit avec l'employeur
- Faible moyen d'agir sur son travail
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail

- Absence d'aménagement après un premier épisode de lombalgie
- Entreprise ne permettant pas la reprise progressive ou le changement de poste
- ...

- Le port de charges, les postures statiques, la gestuelle contraignante, ..., font donc partie des causes de la lombalgie chronique, mais ne sont qu'une partie des causes, et pas nécessairement les plus importantes.
- Les mettre en avant chez le lombalgique contribue à façonner ses fausses croyances sur la nocivité du travail et la nécessité pour lui de le fuir.
- L'aménagement du poste de travail risque donc fort d'être insuffisant pour le devenir professionnel du lombalgique chronique si on ne tient pas compte des autres facteurs de risque :

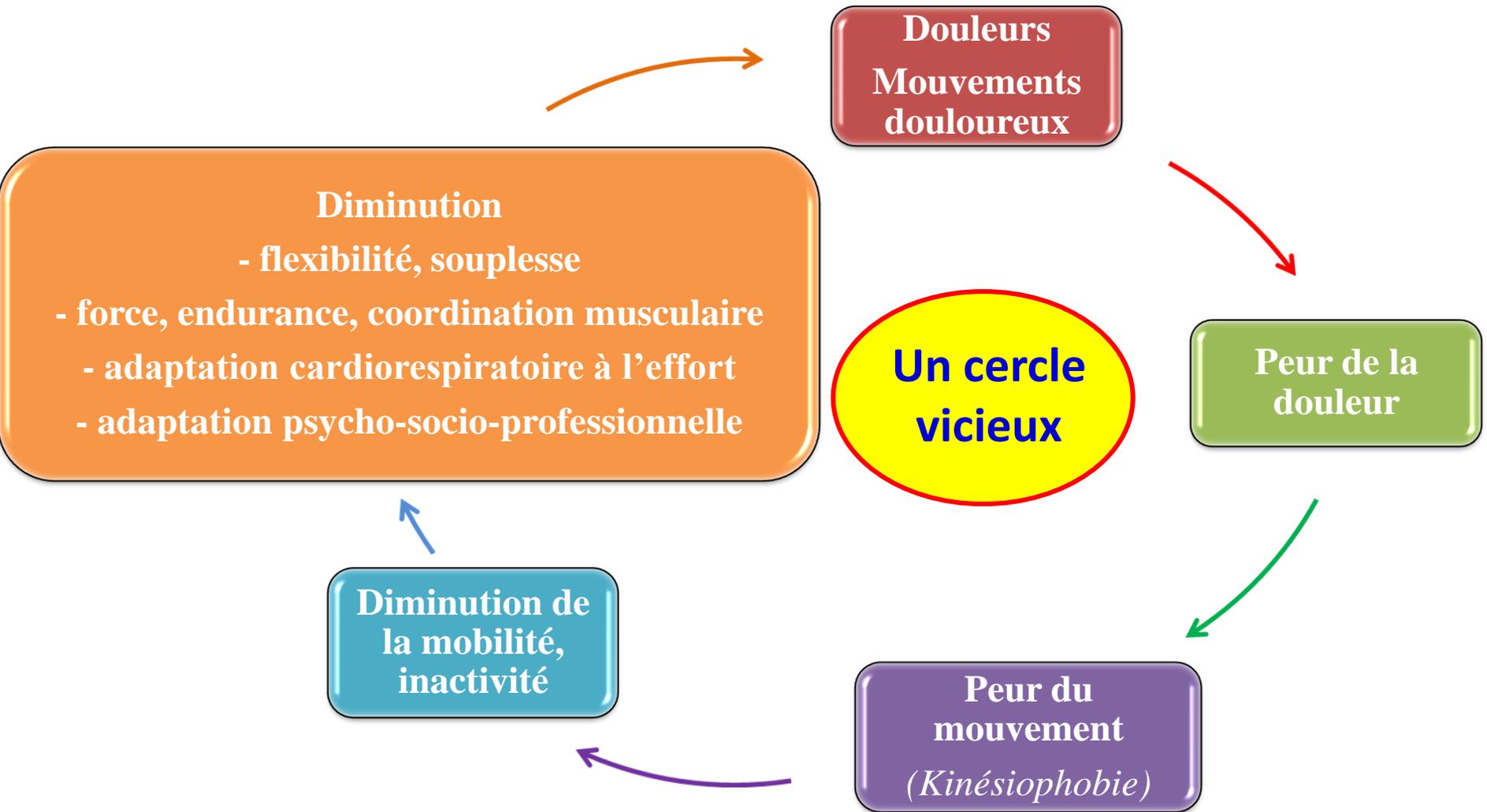
Les interventions ergonomiques portant sur les seules caractéristiques physiques des tâches de manutention sont insuffisantes pour prévenir l'apparition de la lombalgie. Il est recommandé qu'elles comprennent une dimension organisationnelle et l'implication des travailleurs concernés dans une démarche « participative ».

Recommandations de Bonne Pratique, Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges, Société française de Médecine du travail, septembre 2013, HAS

- L'amélioration des conditions de travail reste cependant légitime dans le cadre général de la lutte contre la pénibilité. Elle doit s'inscrire dans une conduite de projet ergonomique :
  - Equipe projet
  - Démarche de prévention globale
  - Participation des salariés
  - Analyse de l'activité réelle
  - Réflexions sur l'organisation du travail afin de favoriser l'autonomie décisionnelle, augmenter les marges de manœuvre des travailleurs, élargir les compétences des travailleurs, ...
  - Aménagements techniques et physiques, mise à disposition d'aides à la manutention (palans, élévateurs, équilibreurs, lève-patient, etc.), ...
  - ...

# **SUPPORT DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE**

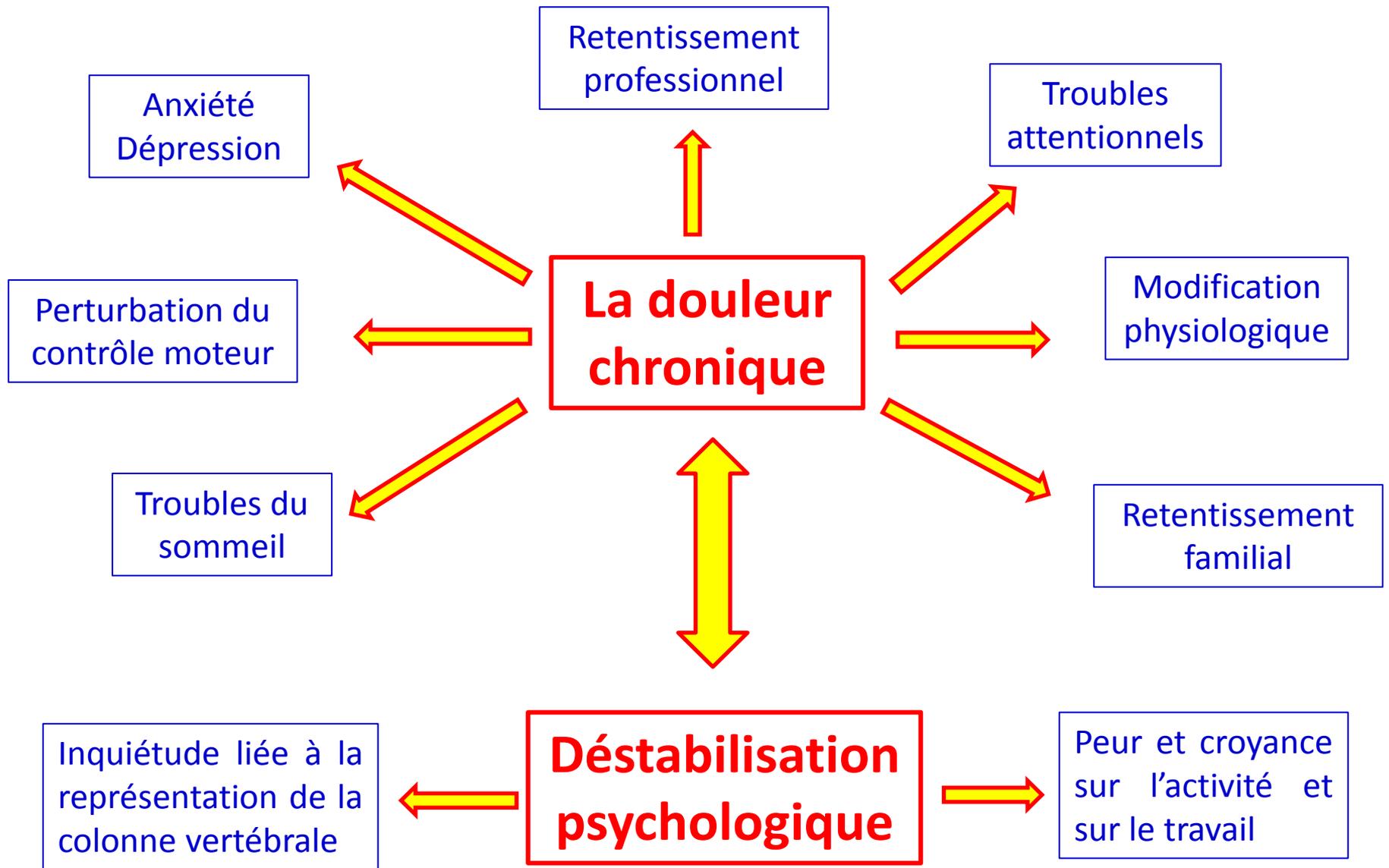
# Le syndrome de déconditionnement



# Le syndrome de déconditionnement

- La peur de la douleur entraîne une diminution des activités considérées comme pouvant la provoquer ou aggraver une lésion. Elle conduit au syndrome de déconditionnement rachidien, décrit pour la première fois en 1984 par l'américain Tom Mayer, et qui associe :
  - Raideur par perte des flexibilités lombaire et sous-pelvienne. Elle est due à la fibrose du tissu cicatriciel, à l'immobilisation, mais aussi aux freins liés aux douleurs d'étirement des plans postérieurs et à la peur de se faire mal (Vanvelcenaher 1995). À cette fibrose s'associe une raideur articulaire, ligamentaire et musculaire. La rétraction des ischio-jambiers limite la flexion de la hanche et oblige la colonne vertébrale lombaire à compenser ce qui provoque mal de dos et lombalgie .
  - Incompétence musculaire par atrophie des différentes fibres musculaire. Les muscles extenseurs du tronc sont normalement plus puissants que les fléchisseurs. Au cours de la lombalgie chronique, ils perdent beaucoup plus de force que les fléchisseurs. Ils sont souvent déficitaires d'environ 50 %, et s'effondrent notamment à vitesse élevée. Ils deviennent plus faibles que les fléchisseurs du tronc (Vanvelcenaher 1995).

- Inhibition neuromusculaire. La faiblesse musculaire et l'attitude de surprotection en verrouillage, associée au stress, limitent énormément les capacités de force et de coordination du rachis.
- Réduction des capacités fonctionnelles, ce qui constitue le problème majeur (Voisin 1994). Il s'agit d'une véritable désadaptation non seulement du tronc, mais aussi de l'ensemble du potentiel physique vis-à-vis des demandes de la vie courante et professionnelle (Vanvelcenaher 1995). La baisse d'activité physique diminue l'endurance et entraîne une désadaptation cardiaque, avec augmentation de la fréquence cardiaque à l'effort.
- Retentissement psychologique et social. Le lombalgique est de plus en plus limité au niveau professionnel. Au niveau familial, son entourage compte de moins en moins sur lui pour la réalisation des tâches quotidiennes. Tout cela peut engendrer un état dépressif caractérisé par une perte d'estime de soi, un sentiment de non-valeur, d'inutilité. Les conséquences psychologiques ne sont donc pas négligeables et peuvent constituer, à elles seules, un obstacle au retour à l'autonomie.



# **LA PRISE EN CHARGE DU LOMBALGIQUE CHRONIQUE**

- « La réactivation physique d'un patient qui a cessé toute activité, en partie à cause de sa douleur, paraît efficace dans la plupart des études. Il s'agit d'un véritable traitement actif, le but étant de reprendre une activité contrôlée, de réaliser à nouveau des efforts et d'apprendre à surmonter un seuil douloureux limitatif. À l'heure actuelle, le réentraînement à l'effort fait partie intégrante de la prise en charge multidisciplinaire du patient lombalgique chronique. Ce traitement comprend également une approche cognitive, gestuelle (protection rachidienne), ergonomique et psychologique. Le reconditionnement physique peut revêtir des formes variées et se compose généralement d'exercices de mobilisation vertébrale, d'un entraînement cardio-respiratoire et d'une musculation générale et rachidienne ».

Prise en charge interdisciplinaire de la lombalgie, Symposium de la « BELGIAN BACK SOCIETY », 10 et 11.12.2004

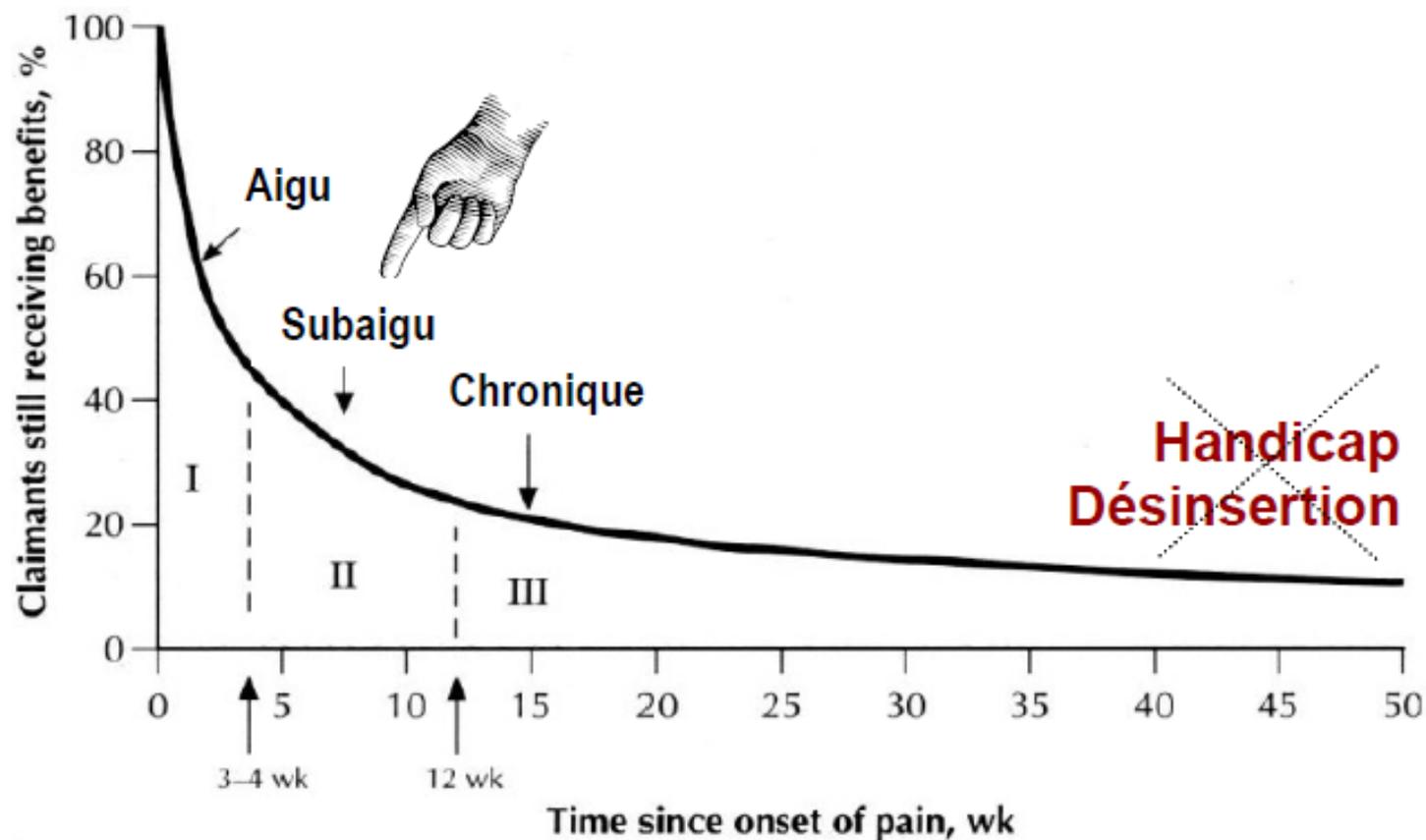
- Programme de « Prévention de la désinsertion professionnelle chez les travailleurs en arrêt de travail », Recommandations de Bonne Pratique, Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges, Société française de Médecine du travail, septembre 2013, HAS :

1- intervention médicopsychologique ciblant les individus,

2- intervention ciblant le travail, associant dans des proportions variées :

- un programme de réentraînement à l'effort pour améliorer les capacités fonctionnelles rachidiennes et réduire le déconditionnement physique secondaire à la lombalgie chronique ;
- un programme de type cognitivo-comportemental afin de lutter contre les représentations négatives de la maladie, contre les « peurs et croyances » et d'aborder les difficultés de la réinsertion sociale et professionnelle ;
- une action en milieu de travail, allant de la simple visite sur le lieu de travail (favorisant l'interaction étroite des partenaires) à la conduite d'un projet ergonomique.

## La fenêtre d'opportunité pour la prévention du handicap (Fassier et al, 2009)



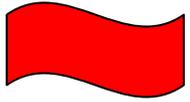
adaptée d'après (Frank et al., 1998)

# **L'ECOLE DU DOS**

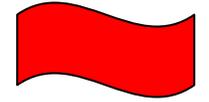
## **EXEMPLE DE LA CLINIQUE SAINT ROCH DE CAMBRAI**

# LA PRISE EN CHARGE EN ECOLE DU DOS

- Accord indispensable du sujet.
- Prise de rendez-vous par la personne auprès du médecin de rééducation.
- Examen par le médecin de rééducation
  - avec notamment recherche des signes d’alarme pour éliminer une lombalgie non mécanique (néoplasique, inflammatoire, infectieuse, fracture).
- Journée pluridisciplinaire
  - bilan par un kiné, un ergo, un EPS (éducateur physique et sportif), une psychologue,
  - Synthèse : acceptation ou refus de la prise en charge par l’équipe pluridisciplinaire.
- Si accord, fixation de la date d’entrée en clinique.



# Les signes d'alarme = Red Flags



1. Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
2. Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval).
3. Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
4. Traumatisme important (telle qu'une chute de hauteur).
5. Perte de poids inexplicquée ; altération de l'état général.
6. Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile.
7. Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
8. Déformation structurale importante de la colonne.
9. Douleur thoracique (= rachialgies dorsales) ou abdominale.
10. Age d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
11. Fièvre ; infection (++) urinaire).
12. Ankylose persistante et grave.
13. Signe de Spondylarthrite Ankylosante.

# La journée pluridisciplinaire

- Evaluation des capacités fonctionnelles :
    - Test de Dallas : quatre axes, 16 items
      - Douleur : 7 items
      - Socioprofessionnel : 3 items
      - Anxiété – Dépression : 3 items
      - Dépendance : 3 items
    - **EIFEL +++ : Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies**
- > 8 entre 6 et 8 semaines = risques +++ de chronicisation**

## ECHELLE D'INCAPACITE FONCTIONNELLE POUR L'EVALUATION DES LOMBALGIES (EIFEL)

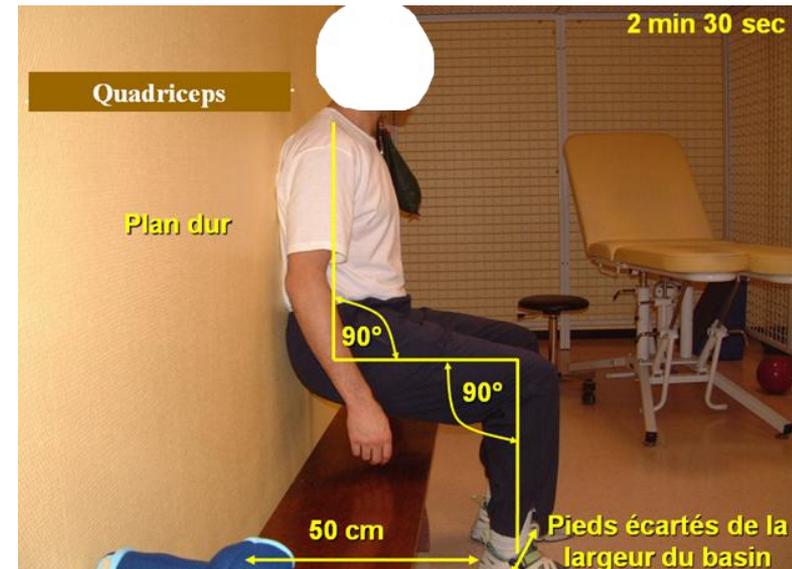
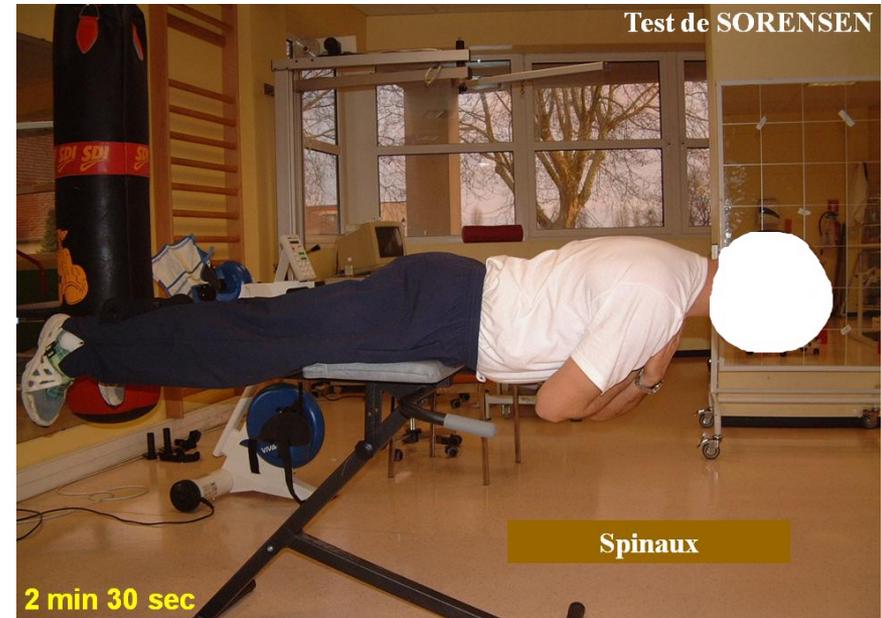
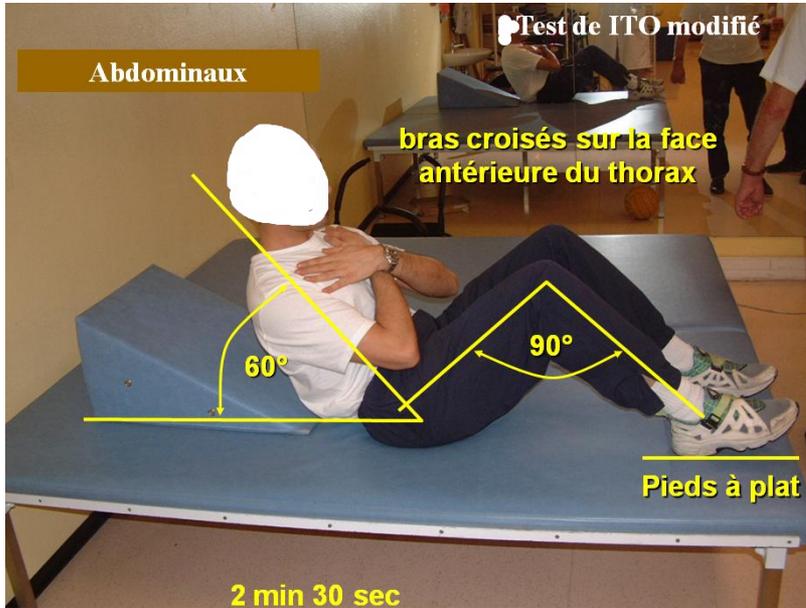
Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Si vous êtes cloué au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là.

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit. Une liste de phrases vous est proposée. Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une *activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire*. Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire. Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la. Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui.

1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos
2. Je change souvent de position pour soulager mon dos
3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos
4. A cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison
5. A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers
6. A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer
7. A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil
8. A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place
9. A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos
11. A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni m'agenouiller
12. A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise
13. J'ai mal au dos la plupart du temps
14. A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos
16. A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)
17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos
19. A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller
20. A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée
21. A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison
22. A cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens
23. A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude
24. A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps

# Bilan Kiné



NOM:

Prénom:

Age:

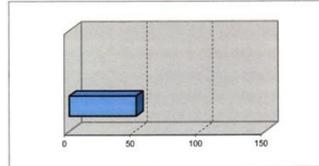
34

TESTS D'ENDURANCE MUSCULAIRE

TEST DE ITO MODIFIE (ABDOMINAUX)



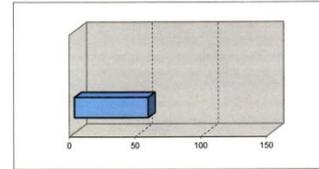
Date d'évaluation		
17/04/2013	51 secondes	



TEST DE SORENSEN (SPINAUX)



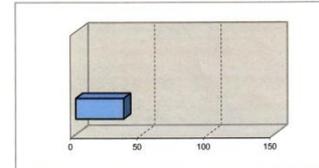
Date d'évaluation		
17/04/2013	56 secondes	



TEST DE KILLY (QUADRICEPS)



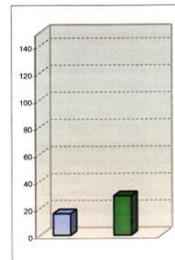
Date d'évaluation		
17/04/2013	36 secondes	



TEST DES CARRÉS DES LOMBES



Date d'évaluation	Côté droit	Côté gauche
17/04/2013	16 secondes	29 secondes



BILAN KINESITHERAPIQUE POUR LOMBALGIE

	ENTREE	SORTIE	6 MOIS			
Date du bilan :	05/09/2012					
<b>LA DOULEUR</b>						
Intensité de la douleur (EVA /100) :	60					
Localisation / palpation :	sacro ,2					
<b>BILAN MORPHOSTATIQUE</b>						
Flèche cervicale (cm) :	10					
Flèche lombaire (cm) :	0					
Gibbosité (cm) :	0					
<b>TEST DE MOBILITE</b>						
Indice de Schober (cm) :	3,5					
<b>EVALUATION DE L'EXTENSIBILITE MUSCULAIRE</b>						
Distance doigts-sol (cm) :	33					
Distance doigts-pieds (cm) :	22					
Talon-fesse droit (cm) :	4					
Talon-fesse gauche (cm) :	10					
Ischio-jambiers droit (°) :	30					
Ischio-jambiers gauche (°) :	30					
<b>BILAN ARTICULAIRE</b>						
	droite	gauche	droite	gauche	droite	gauche
Flexion de hanche :	130	130				
Extension de hanche :	0	0				
Abduction de hanche :	35	35				
Adduction de hanche :	30	30				
Rotation interne de hanche :	15	15				
Rotation externe de hanche :	45	40				

CONCLUSIONS

- hypoextensibilité chaînes post et ant
- D ds mbres inf malgré chir L4L5 en mars 2012
- déconditionnement rachidien
- très vite fatigué

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

- reconditionnement rachidien
- étirements
- activités

# Bilan EPS (Education Physique et Sportive)



## TEST D'EFFORT ADAPTE AU LOMBALGIE CHRONIQUE

Age : 51

FCMT : 169

85% FCMT : 144

Durée du test :

6'00

Puissance maximale atteinte lors du test :

130 Watts

Fréquence cardiaque maximale atteinte pendant le test :

145 bpm

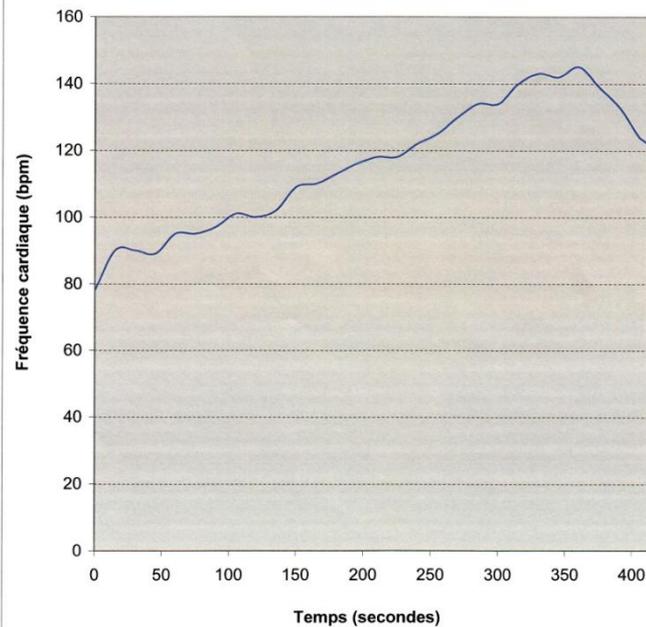
Motif d'arrêt du test :

85% FCMT

Indice technique de récupération post-effort 1minute :

29 bpm

Evolution de la fréquence cardiaque en fonction du temps



Bilan réalisé par Mr (éducateur sportif)

Date du bilan : 17/04/2013

### ANALYSE DES RESULTATS

#### **FORCE MUSCULAIRE DU TRONC ET DES MEMBRES INFERIEURS EN ISOMETRIE**

- Déconditionnement musculaire global ;

#### **TEST D'EFFORT SUR BICYCLETTE ERGOMETRIQUE**

- Puissance maximale aérobie peu élevée et récupération post-effort dès la première minute de qualité légèrement en dessous de la moyenne lors du test adapté au lombalgique sur bicyclette ergométrique.

### OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

- Renforcement musculaire global en insistant particulièrement sur le travail de gainage abdominal ;
- Réentraînement à l'effort.

# Bilan Ergo

NOM  
Prénom  
Examineur LF

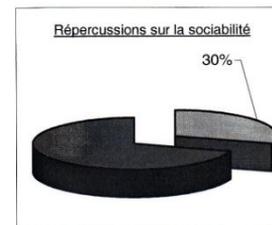
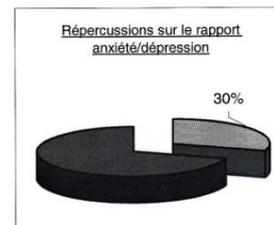
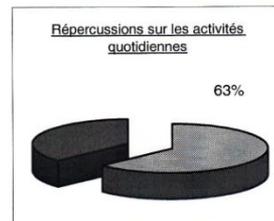


BILANS ERGOTHERAPIQUES du 17/04/13

- Concernant les **habitudes de vie** du patient :

	<u>Type</u>	<u>Nombre d'heures/semaine</u>
⇒ <u>Activité physique</u> :		
Ne pratique pas d'activités sportives		
Ne pratique pas d'activités manuelles		
Ne pratique pas d'activités ménagères		
⇒ <u>Profession et poste de travail</u> :		
Responsable de fabrication en arrêt de travail depuis 15 jours,		

- L'évaluation de la **qualité de vie** par l'auto-questionnaire de DALLAS :



- Score total du **DALLAS** : **183**

- L'**échelle d'incapacité fonctionnelle** pour l'évaluation des lombalgies (EIFFEL) permet de connaître les répercussions de la douleur lombaire sur les activités de la vie quotidienne.

La patiente se sent concernée par : **14 items sur 24** proposés.

## BILANS ERGOTHERAPIQUES (suite)

- Le **bilan fonctionnel** révèle la façon dont certains gestes sont réalisés.

La patiente a un score de :       **20**    **sur 40** avec une évaluation moyenne  
de la douleur de :               **20**    **sur 100** lors de la passation du bilan.

- **Test de P.I.L.E.** (Progressive Isoinertial Lifting Evaluation)  
Evaluation de la capacité fonctionnelle et de l'endurance à l'effort.

Nombre de kilogrammes soulevés :    **NE**       **kg**  
Travail total :                           **NE**       **Joules**  
Puissance musculaire totale :        **NE**       **Watts**

### CONCLUSION

Mr [ ] ne connaît pas les principes d'économie rachidienne, Ses douleurs ont un impact relativement important sur son quotidien et son activité professionnelle, Il souhaiterait retrouver une certaine forme physique ,La prise en charge sera discutée en équipe pluridisciplinaire,

### OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

- Apprendre les postures correctes à adopter lors des activités quotidiennes
- Apprendre à éviter les positions extrêmes
- Apprendre à se servir de ses membres inférieurs (changer les habitudes de vie, etc.)
- Apprendre le port de charges
- Adapter son environnement de vie
- Participer de nouveau aux activités familiales et sociales de manière générale

# Bilan Psycho

Bilan psychologique du 17.04.2013

► Mr

Mr \_\_\_\_\_, âgé \_\_\_\_\_, est marié. Il a \_\_\_\_\_ enfants  
\_\_\_\_\_, il est en arrêt de travail depuis 15 jours.

Il se plaint de douleurs lombaires depuis une dizaine d'années avec une majoration au fil des ans. Ses douleurs irradient dans la jambe gauche.

Mr \_\_\_\_\_ se plaint également de douleurs dans les épaules.

- **Une évaluation de l'anxiété et de la dépression** relative aux lombalgies est réalisée au moyen de l'échelle HAD :
  - → A : 10/21 Anxiété
  - → D : 0/21 Pas d'affects dépressifs
    - A noter que Mr \_\_\_\_\_ a déjà connu un épisode dépressif dans sa vie en lien avec du stress au travail. Il n'avait pas bénéficié de traitement antidépresseur.
- **Une évaluation des croyances et des peurs face à la douleur** a été réalisée au moyen du FABQ :
  - → Croyances concernant l'activité physique : 10/24
  - → Croyances concernant le travail : 15/42Mr \_\_\_\_\_ met en relation ses douleurs avec son activité professionnelle. Il craint que l'activité physique ne majore ses douleurs.
- **Une évaluation de l'indice de kinésiophobie** a été réalisée au moyen du questionnaire Tampa (TSK) :
  - → Score : 35/68Mr \_\_\_\_\_ ne présente pas un indice de kinésiophobie significatif.
- **Attentes du patient** concernant la prise en charge :
  - Mr \_\_\_\_\_ compte sur une prise en charge en école du dos pour « une remise en forme ».
  - Il cherche à se remuscler.
  - Il a besoin d'obtenir des conseils sur les principes d'économie rachidienne.
  - Il aimerait pouvoir reprendre ses activités physiques : VTT, moto.
  - Il n'a jamais bénéficié de séances de kinésithérapie.
- **Conclusion** :
  - Mr \_\_\_\_\_ est gêné par des douleurs lombaires au quotidien.
  - Il ne présente pas d'affects dépressifs. Il montre une légère anxiété par rapport à sa situation actuelle.
  - Il cherche à retrouver une qualité de vie.
  - Sur le plan psychologique, Mr \_\_\_\_\_ pourrait participer aux cours d'éducation thérapeutique sur les mécanismes de la douleur et sur le stress. Des séances de relaxation lui seraient bénéfiques pour apprendre à gérer sa douleur.

# Bilan de la journée pluridisciplinaire

Nom prénom:				
sexe	H			
Code centre :	02			
Date de naissance:				
age	51 ans			
ATCD chirurgie rachis lombaire :	non			
N° examen ( J1 JS J 90 J180 )	J1	JS		
Date du bilan (jj/mm/aa)	17-avr-13			
nb de jours de presence				
durée de la prise encharge				
Taille (m)	1,68			
Poids (kg)	83			
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	29,41	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
EVA douleur (/100)	58			
douleurs acceptables oui non	non			
Traitement antalgique ( I - IIA- IIB - III )	III			
Troubles du sommeil ( /4 )	4			
Prise de somnifères (/4)	1			
Profession (code INSEE)	48			
Nombre de jours d'arret travail	15			
Travaille actuellement (O/N)	non			
Chomage ( O / N )	non			
Invalidité ( O / N )	non			
Dossier RQTH (O/N)	non			
Accident du travail ( O / N )	non			
EVA satisfaction au travail (mm)				
EVA relation avec la hiérarchie				
EVA qualité de vie (mm)	30			
Tabac (paquets/année)	0			
Distance doigts-sol (cm)	17			
Test de lto - abdominaux (sec)	51			
Test de Sorensen - spinaux (sec)	56			
End. carré des lombes (sec)	16			
End. Quadriceps (sec)	36			
P.I.L.E w	NE			
P.I.L.E p	NE			
activités quotidiennes	63%	%		
activités professionnelles, loisirs	60%	%		
l'anxiété, dépression	30%	%		
la sociabilité	30%	%		
Dallas total	183			
E.I.F.E.L.	14			
H.A.D. anxiété / 21	10			
H.A.D. dépression / 21	0			
FABQ Activité physique / 24	10			
FABQ Activité professionnelle / 42	15			
TSK / 68	35			
BBQ	22			
EVA amélioration ressentie / 100				
niveau de douleurs				
<b>Bilan fonctionnel</b>				
Parcours belges	NE			
Habitudes gestuelles (/ 40)	20			
Douleurs liées à la gestuelle (/ 100)	20			

Retentissement des lombalgies sur :



# Etude de 2 axes fondamentaux

- Axe familial : questionnaire et entretien avec la famille
  - sujet hyperprotégé, bénéfices secondaires : «ne peut plus rien faire», c'est la famille ou l'entourage qui fait tout
  - problématique familiale non réglée (ignorance mutuelle, ...)
  - ...
- Axe professionnel :
  - sujet « dégoûté » de son travail
  - sujet en conflit (avec l'employeur, avec les collègues, avec le médecin conseil, ...)
  - ...
- Ce sont les deux causes majeures d'échec de la prise en charge. Si l'un de ces aspects est présent, il y a nécessité de le prendre en compte pendant la prise en charge (remise en confiance, ...), sinon la personne aura un objectif autre que celui d'être reconditionné et l'échec est assuré.

# OBJECTIF DE LA REEDUCATION

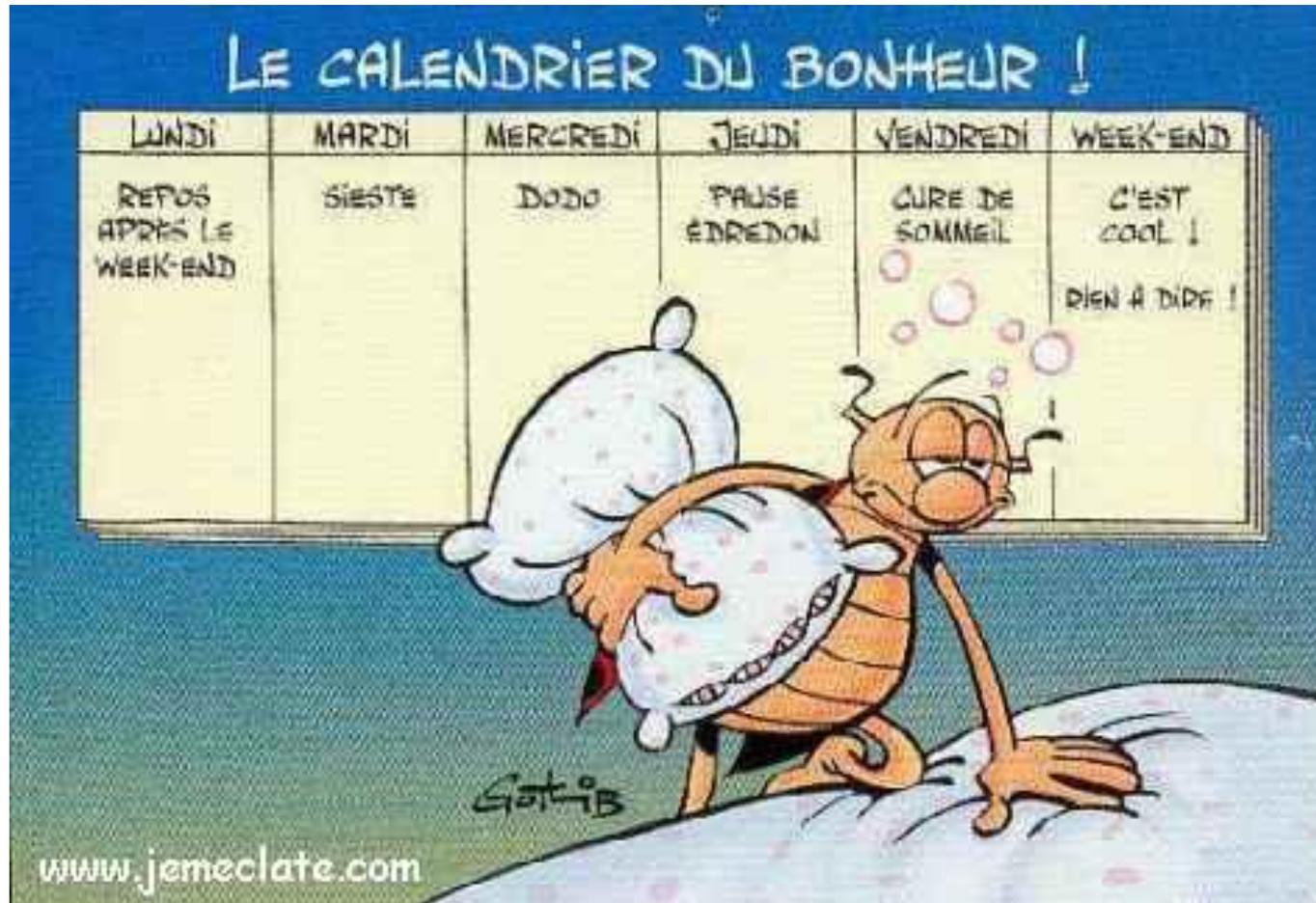
- N'est pas la disparition des douleurs
- Éviter le catastrophisme, la **dramatisation**
- Éviter la médicalisation chronique
- Retour à une vie socioprofessionnelle normale :
  - Pour le salarié, reprise du même travail dès la fin de la rééducation
  - Pour le sujet déjà exclu du monde professionnel, réorientation en levant les restrictions habituelles du lombalgique
- Améliorer la qualité de vie (familiale, ...) du patient
- Reprise d'une activité physique régulière

# LA REEDUCATION

- Renforcement musculaire
- Amélioration de la souplesse
- Acquisition d'une gestualité adaptée aux activités de vie quotidienne, gestes professionnels, activités physiques et sportives
- Réentraînement à l'effort
- Education du patient
- Soutien psychologique

Nécessité d'un **contrat précis** avec le lombalgique chronique notamment en ce qui concerne la réinsertion professionnelle et la reprise d'une activité physique régulière

**Objectifs partagés avec le patient, adhésion indispensable**



# La prise en charge

- Recommandée : prise en charge 1 : hospitalisation de jour, 5 semaines, 4 jours par semaine, éducation et reconditionnement.
- Pour les sujets ne souhaitant pas ou ne pouvant pas se mettre en arrêt de travail : prise en charge 2 : 7 soirées d'éducation thérapeutique de 2 heures sur un mois, en atelier, puis 2 séances de gymnastique par semaine.

## ECOLE DU DOS - GROUPE A

	LUNDI	MARDI		JEUDI	VENREDI
8H30	GYMNASTIQUE COLLECTIVE DOS	GYMNASTIQUE COLLECTIVE DOS		GYMNASTIQUE COLLECTIVE DOS	GYMNASTIQUE COLLECTIVE DOS
9H00					
9H30	PROGRAMME DAVID SPINE (fin 10h20)	CARDIO-TRAINING		PROGRAMME DAVID SPINE	PROGRAMME DAVID SPINE
10H00					
10H30	AQUAGYM	PROGRAMME DAVID SPINE		MUSCULATION	MUSCULATION
11H00	ERGOTHERAPIE				
11H30		MUSCULATION	ERGOTHERAPIE	CARDIO-TRAINING	
12H00					
13H30	STRETCHING	ETP*		ETP*	STRETCHING
14H00					
14H30	MUSCULATION + CARDIO	RELAXATION		ACTIVITES POSTURALES	ERGOTHERAPIE
15H00					
15H30	KINE	KINE		KINE	KINE
16H00					
16H30					
17H00					

17H00

# Les pièces thérapeuthiques

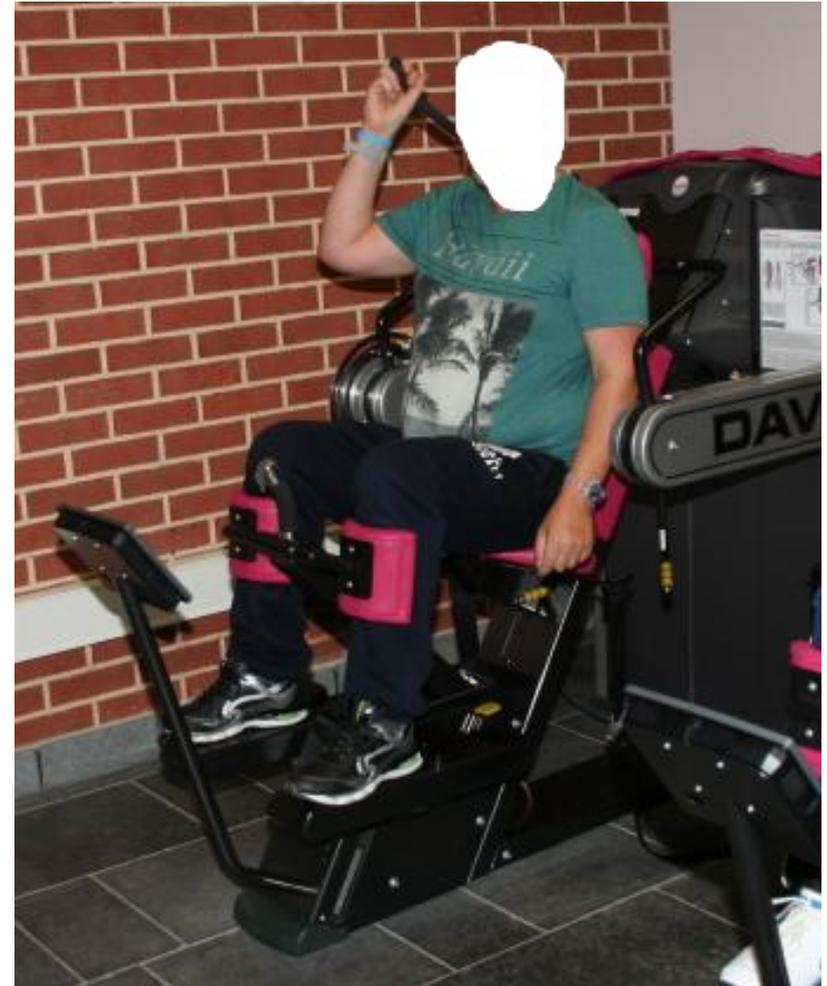
## Chambre et salle de bain



# Salle à manger



# Le renforcement musculaire



**Spinaux**







## Abdominaux

# Le réentraînement à l'effort



# La souplesse

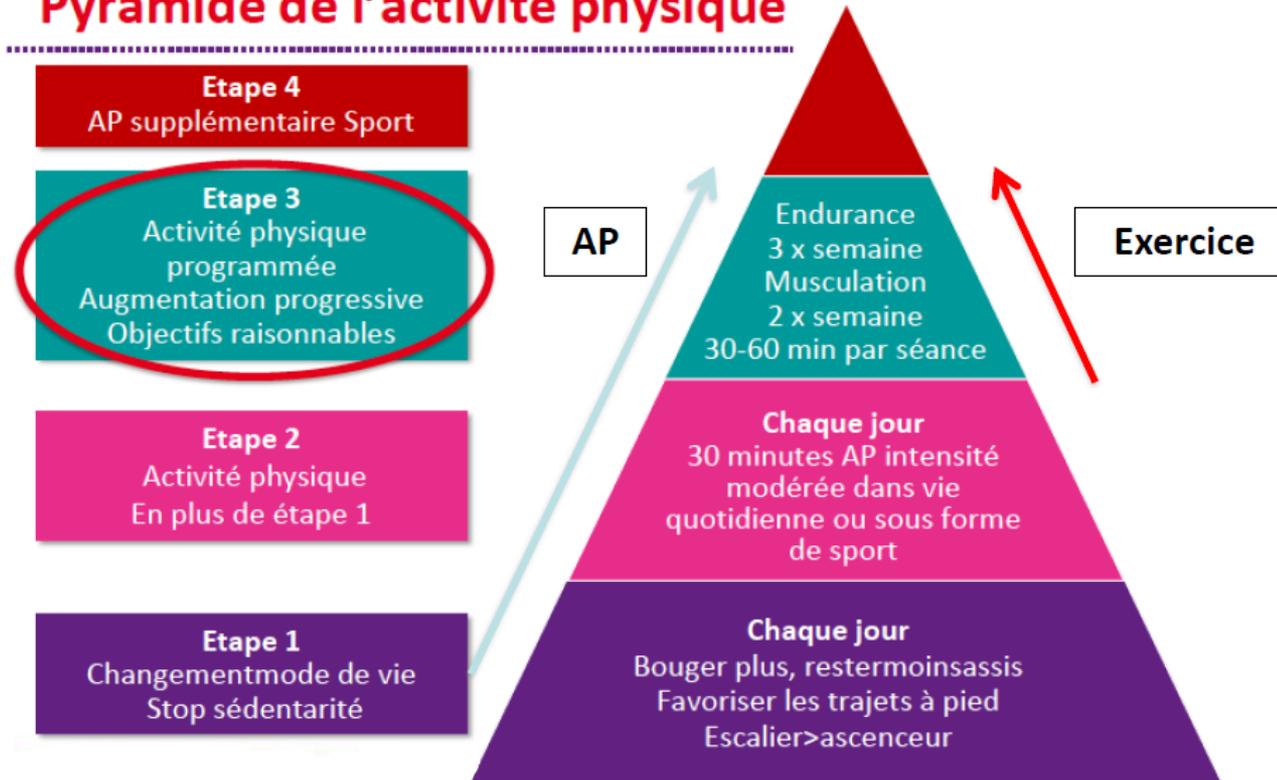


# La suite

- Bilan de sortie : maître-mot = « J'ai repris confiance en moi ». Le sujet a changé sa vision des choses, a une autre logique personnelle et professionnelle, a admis que le « mal de dos » n'est pas forcément invalidant et ne doit pas le devenir. Il est devenu autonome pour une activité physique régulière.
- A la sortie de la rééducation, 80 % des salariés reprennent leur travail au même poste. Bilan à 6 mois, 75 % sont toujours au même poste.
- Pour les sans emploi :
  - élargissement +++ de la possibilité de reconversion professionnelle avec ou sans formation,
  - reprise d'une activité pour laquelle une inaptitude au poste a été prononcée.
- Forte demande de suivi : la logique serait de refaire une semaine de rééducation par an.

- Nécessité de la poursuite d'une activité physique régulière

## Pyramide de l'activité physique



# Quelques chiffres

- Moyenne d'âge des sujets pris en charge : 35 ans = en activité professionnelle.
- Ce sont les médecins généralistes et les médecins du travail qui devraient majoritairement envoyer les sujets concernés en école du dos. Or, 60 à 70 % des entrants en rééducation sont envoyés par les neurochirurgiens (car ne relevant pas d'un acte chirurgical). Beaucoup de médecins, y compris de médecins du travail, restent en effet dans la logique du problème biomécanique --> restrictions au poste (charges, mouvements, postures, ...) et inaptitude --> discours contradictoire avec celui de la rééducation.
- Or, un maçon lombalgique, pour qui l'on envisageait une inaptitude au poste, et qui bénéficie d'une rééducation en école du dos peut, dès la fin de sa prise en charge, reprendre son activité de maçon dans les mêmes conditions. Il en est de même pour tout professionnel avec un travail physique très pénible pour qui l'on envisageait des restrictions, idéalement (mais non obligatoirement) après correction de son poste de travail.

# QUELQUES EXEMPLES

# Exemple 1

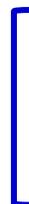
- Mécanicien, 40 ans.
- Opéré d'une hernie discale en 2012.
- Inapte temporaire à la reprise 2 mois après la chirurgie (persistance de douleurs, poste très difficile). L'employeur confirme au médecin du travail qu'aucun aménagement n'est possible : manutentions lourdes et postures difficiles « même pour changer un filtre à pollens ».
- Vu en 10.2012 à la demande du médecin du travail : lombalgies depuis 20 ans avec fréquents blocages, nombreuses manipulations par ostéopathe surtout en 2010 – 2011 (3 x / an). Ne peut même plus porter sa fille (6 kg) dans les bras.
- Accord pour prise en charge => prise de rendez-vous, journée pluridisciplinaire prévue début 11.2012.

- Intervention dans l'entreprise en 10.2012 avec le médecin du travail, rencontre de l'employeur et du salarié : employeur et salarié excluent toute possibilité d'aménagement du poste ou des conditions de travail.
- => On s'oriente sur une inaptitude au poste à la reprise (avec licenciement) et sur un reclassement professionnel.
- Rééducation février mars 2013.

- A la sortie patient transformé, beaucoup plus mobile, ayant repris confiance en lui :
  - amélioration très nette de la dynamique rachidienne,
  - nette amélioration des performances et du moral.

Distance doigts-sol (cm)	15	0
Test de Ito - abdominaux (sec)	61	150
Test de Sorensen - spinaux (sec)	75	110
End. carré des lombes (sec)	60	103
End. Quadriceps (sec)	150	150
P.I.L.E w	51	333
P.I.L.E p	12,5	27,2
activités quotidiennes	51%	15%
activités professionnelles, loisirs	60%	25%
l'anxiété, dépression	30%	0%
la sociabilité	40%	5%
Dallas total	181	45%
E.I.F.E.L.	16	1
H.A.D. anxiété / 21	8	3
H.A.D. dépression / 21	11	2

Retentissement  
des lombalgies sur :



- Reprise de l'activité professionnelle.
- Bilan à 6 mois :

Distance doigts-sol (cm)	15	0	0
Test de Ito - abdominaux (sec)	61	150	150
Test de Sorensen - spinaux (sec)	75	110	150
End. carré des lombes (sec)	60	103	129
End. Quadriceps (sec)	150	150	150
P.I.L.E w	51	333	NE
P.I.L.E p	12,5	27,2	NE
activités quotidiennes	51%	15%	3%
activités professionnelles, loisirs	60%	25%	5%
l'anxiété, dépression	30%	0%	0%
la sociabilité	40%	5%	0%
Dallas total	181	45%	8
E.I.F.E.L.	16	1	0
H.A.D. anxiété / 21	8	3	3
H.A.D. dépression / 21	11	2	0

# Exemple 2

- Homme de 34 ans, salarié.
- **IRM 21.11.2011 :**
  - Indication : lombalgies importantes avec irradiation aux membres inférieurs.
  - Résultats : petite saillie discale herniaire postéro-latérale droite en D7-D8 sans compression médullaire décelable. Existence d'une discopathie mécanique évoluée avec pincement du disque, saillie discale herniaire postéro-médiane, venant au contact de la face antérieure du fourreau dural mais sans compression radiculaire nette.

- **Scanner lombaire en 02.2012** : discopathie mécanique évoluée en L4L5 avec saillie discale herniaire postéro-médiane venant au contact de la face antérieure du fourreau dural et de l'émergence des racines L5 droite et gauche.
- 2 infiltrations sans résultat.
- **Chir en 03.2012** d'une hernie discale L4L5 gauche.
- Amélioration 3 semaines, puis réapparition des douleurs de topographie **bizarrement S1 bilatérales** alors que la hernie était L4L5, avec lombalgie. Perfusion de Biprofénid pendant 5 jours sans résultat.
- **IRM 27.04.2012** : aspect sensiblement normal, diminution indiscutable du volume de la hernie. Pas de spondylodiscite.
- **Scanner 31.05.2012** : lésion discale pouvant être conflictuelle pour la racine L5 gauche.

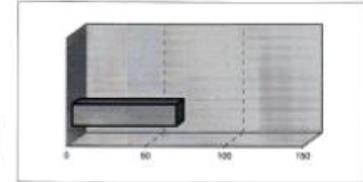
- **Rhumato en 06.2012 :**
  - persistance de douleurs des membres inférieurs
  - troubles sensitifs de la loge postérieure avec impression de sensation de brûlure ou d'écoulement
  - petite zone d'hypoesthésie postérieure
  - donc pas mal d'éléments en faveur de douleurs de désafférentation sensitive
  - on demande les potentiels évoqués somesthésiques
  - traitement par LYRICA 25
  - consultation au centre de la douleur
  - pour la mise en place d'un TENS

- Vu fin 07.2012 à la demande du médecin du travail avant **inaptitude probable à la reprise.**
- Plaintes :
  - lombalgies quotidiennes, doit se lever tous les jours vers les 5h00 du matin car douleurs intenable, amélioration ensuite en une heure
  - lancements, sensation de brûlures dans les 2 membres inférieurs, des fessiers aux mollets, variable d'un jour à l'autre
  - difficultés à marcher plus de 15 mn, fatigabilité rapide
  - sous Lyrica 75 depuis 15 j (sans amélioration), va passer à 100
- Déconditionnement, accord pour prise en charge, prise de rendez-vous en école du dos.

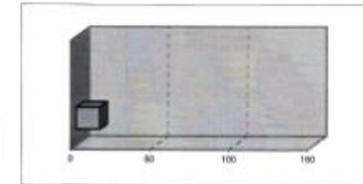
- Journée pluridisciplinaire :
  - insuffisance musculaire relativement sévère en particulier pour ce qui est des spinaux, quadriceps et carré des lombes

**TESTS D'ENDURANCE MUSCULAIRE**
**TEST DE ITO MODIFIE (ABDOMINAUX)**

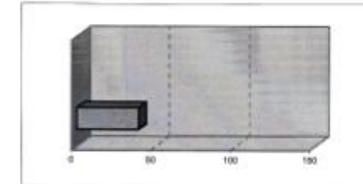

Date d'évaluation	05/09/2012	<b>66 secondes</b>


**TEST DE SORENSEN (SPINAUX)**

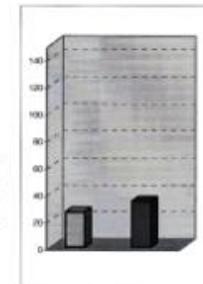

Date d'évaluation	05/09/2012	<b>15 secondes</b>


**TEST DE KILLY (QUADRICEPS)**


Date d'évaluation	05/09/2012	<b>39 secondes</b>


**TEST DES CARRES DES LOMBES**


Date d'évaluation	Côté droit	Côté gauche
05/09/2012	<b>26 secondes</b>	<b>34 secondes</b>



- Rééducation novembre 2013

Distance doigts-sol (cm)	33	16
Test de Ito - abdominaux (sec)	66	150
Test de Sorensen - spinaux (sec)	15	89
End. carré des lombes (sec)	26	103
End. Quadriceps (sec)	39	111

activités quotidiennes	69%	12%
activités professionnelles, loisirs	60%	0%
l'anxiété, dépression	55%	10%
la sociabilité	20%	5%
Dallas total	204	27%
E.I.F.E.L.	14	1

- Reprise de son activité sans aucune restriction.

# Exemple 3

- Homme né en 1967.
- Tulliste.
- 10.2008 : sciatalgie L4L5 droite brutale.
- **Scanner rachis lombaire 10.2008** : discopathie lombaire inférieure avec hernie discale foraminale, extra-foraminale L4L5, conflictuelle pour la racine L4 droite. En L5S1 petite discopathie refoulant la racine L5 gauche.
- 10.2008 : infiltration de la racine droite, sans succès.
- **12.2008** : chirurgie d'une hernie discale L4L5 droite (41 ans ½).

- **Visite de reprise en 05.2009** : apte à la reprise à mi-temps thérapeutique.
- Arrêt rapide.
- **Visite de préreprise** à la demande du médecin conseil début 02.2010 : diminution des réflexes ostéo-tendineux à D, **notion d'une 2<sup>ème</sup> hernie L5S1.**
- **Visite de reprise début 06.2010** : douleurs chroniques, paresthésies de la jambe droite, diminution des réflexes ostéo-tendineux à droite, protrusion L5S1 gauche, impotence fonctionnelle +++, inapte temporaire.

- **Scanner lombaire 14.06.2010** : En L5S1 protrusion discale médiane qui ne semble pas conflictuelle pour les racines S1. Aspect compatible avec une fibrose post opératoire à confirmer par IRM.
- **IRM lombaire 07.2010** : comblement foraminal droit partiel, petite saillie discale L4L5, L5S1. Tissu fibreux postopératoire relativement important sans signe de récurrence herniaire.
- **Visite de reprise mi 03.2011** : apte avec restriction, inaptitude à prévoir.
- **2<sup>ème</sup> visite le 29.03.2011** : inapte au poste.
- **Visite embauche le 10.07.2012** pour une agence intérimaire, apte avec restriction : pas de manutention > 10 kg (autre médecin du travail) : non gardé...

- Vu fin 2013 à la demande de Cap Emploi :
  - Plaintes : persistance de quelques douleurs dans le membre inférieur droit, lancinantes, variables et supportables. Chez lui, a fait de gros travaux suite à des dégâts importants provoqués par un champignon : placo, enduit, peintures, plomberie, ... A travaillé 10h/j, sans aucun problème. Bloqué par sa RTH et par les restrictions de charge pour retrouver un travail. S'estime capable de tout faire, chauffagiste, plaquiste, tulliste,...
  - Examen sans particularité : état de santé compatible avec une activité de tulliste. Pas de restriction particulière concernant le port de charges. D'autres activités (second œuvre BTP,...) lui sont accessibles.
- Immédiatement réembauché comme tulliste par son ancien employeur ...

# Exemple 4

- Femme de 42 ans.
- Agent de production.
- Cervicalgies fin 2009 :
  - radio : rectitude importante du rachis cervical, avec effacement complet de la lordose ;
  - IRM : rétrécissement canalaire constitutionnel modéré, aspects de cervicarthrose pluri étagée en C3C4, C4C5 et C5C6 avec bombements disco-ostéophytiques responsables d'une très discrète empreinte sur le cordon médullaire avec empiètement des espaces liquidiens pré-médullaires.

- Arrêt de travail en 12.2014 pour lomboradiculalgie.
- Radiographie 01.2015 : En l'absence de régression des épisodes de lombo sciatalgie, une exploration IRM lombaire complémentaire pourrait être effectuée.
- Scanner rachis lombaire le jour même : hernie discale L4L5 postéro latérale gauche pouvant comprimer à minima l'émergence radiculaire de L5 gauche.
- Consultation en 01.2015 : le chirurgien ne fait rien car il n'y a plus de douleur radiculaire et que l'examen neurologique est normal.
- Reprise de travail en 02.2015, avec nouvel arrêt au bout de 3 jours pour réapparition de la lomboradiculalgie.
- Nouvelle consultation du chirurgien début 03.2015 : prescrit une IRM.

- Nouvelle consultation du même chirurgien début 04.2015 : l'IRM a montré la présence d'une protrusion discale généralisée au niveau L4L5 et L5S1 mais sans conflit discoradiculaire. Ne retient pas d'indication opératoire mais prescrit des infiltrations péri-durales.
- Pas d'efficacité des 3 infiltrations => consultation d'un autre chirurgien en 06.2015 : prescrit un EMG
- Consultation de ce même chirurgien fin 07.2015 : le bilan neurophysiologique écarte toute souffrance radiculaire ou tronculaire => aucune indication chirurgicale. En ce qui concerne les lombalgies, il apparaît indiqué qu'elle puisse être prise en charge en école du dos et notamment à la clinique Saint Roch de Cambrai.
- Voit un magnétiseur : pas de résultat.
- Consultation du 1<sup>er</sup> chirurgien fin 09.2015 : pas d'indication chirurgicale, l'envoi à un rhumatologue, qui prévoit une 4<sup>ème</sup> infiltration.

- Visite de préreprise fin 09.2015 : pas d'amélioration, souffre toujours. Orientation sur l'école du dos.
- Consultation du médecin de rééducation de l'école du dos en 10.2015 : déconditionnement, chronicisation, journée pluridisciplinaire.
- Le bilan retrouve un déconditionnement majeur, un retentissement fonctionnel très sévère, des affects anxio dépressifs importants, une inadaptation de sa gestuelle. Une prise en charge en école du dos débutera dès le 28 décembre.

<b>Distance doigts-sol (cm)</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>Test de Ito - abdominaux (sec)</b>	<b>15</b>	<b>150</b>
<b>Test de Sorensen - spinaux (sec)</b>	<b>0</b>	<b>150</b>
<b>End. carré des lombes (sec)</b>	<b>11</b>	<b>84</b>

<b>activités quotidiennes</b>	<b>72%</b>	<b>6%</b>
<b>activités professionnelles, loisirs</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>
<b>l'anxiété, dépression</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>
<b>la sociabilité</b>	<b>95%</b>	<b>0%</b>
<b>Dallas total</b>	<b>367</b>	<b>6%</b>
<b>E.I.F.E.L.</b>	<b>13</b>	<b>0</b>
<b>H.A.D. anxiété / 21</b>	<b>16</b>	<b>6</b>
<b>H.A.D. dépression / 21</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
<b>FABQ Activité physique / 24</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
<b>FABQ Activité professionnelle / 42</b>	<b>23</b>	<b>6</b>

- Reprise de travail en 02.2016 : personne transformée, refait du sport, n'a plus de douleur. Se confond en remerciements. Reprise au même poste sans aucune restriction.

# LES DERNIERS MESSAGES...

## pour les professionnels

- Eliminer les causes organiques (néo, infection, rhumatisme inflammatoire, fracture, ...).
- Bilan paraclinique : peu ou pas d'intérêt.
- Le repos au lit est à proscrire.
- L'arrêt de travail n'est pas le traitement de la lombalgie. Il doit donc être le plus court possible.
- Rappeler au travailleur qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la disparition complète des symptômes pour reprendre le travail et que la reprise précoce du travail améliore le pronostic.

# pour les professionnels

- Importance d'un bilan multi factoriel.
- Prendre en compte les problèmes externes socio professionnels.
- La prise en charge ne peut être que pluridisciplinaire.
- Importance d'un discours commun : veiller à la cohérence des messages en raison du caractère délétère des discours discordants.
- S'assurer de la compréhension partagée de la situation et des objectifs de la prise en charge entre le lombalgique et les professionnels de santé.

# LES DERNIERS MESSAGES...

## pour le lombalgique

- Le mal de dos est fréquent et récidive fréquemment mais il est rarement lié à une maladie grave.
- L'évolution est spontanément favorable et les perspectives à long terme sont bonnes.
- Même si le mal de dos est très douloureux, en général, cela ne veut pas dire que votre dos est abîmé. Douleur ne signifie pas aggravation.
- Plus tôt vous reprendrez vos activités et plus vite vous vous sentirez mieux.
- Le repos au lit pendant plus d'une journée ou deux n'est pas bon pour vous.

- La poursuite des activités physiques est essentielle. Rester actif vous permettra d'aller mieux plus rapidement et vous évitera d'autres problèmes de dos. Des exercices réguliers et une bonne condition physique vous aident à garder la forme et un dos en bonne santé.
- Vous devez prendre votre vie en main. Ne laissez pas votre mal de dos vous envahir.