

Rééducation des lombalgies et lomboradiculalgies chroniques.

Résumé de publication du 9^{ème} congrès de la Société Française de Mésothérapie

La chronicité est un item retenu pour la classification des lombalgies et irradiations en terme d'éléments statistiques par de nombreux auteurs. Toutefois ce critère n'est celui qui nous intéresse en temps que rééducateur. L'étiologie même de la lombalgie, nous semble plus intéressante.

Les pathologies organiques (hernie discale, canal lombaire étroit et spondylolisthésis) peuvent parfois nécessiter un traitement chirurgical. Tout comme les pathologies inflammatoires nécessitent le plus souvent un traitement rhumatologique. Cependant **la prise en charge rééducative peut, en acceptant ses limites, toujours trouver une place. Pour cela, il est indispensable de comprendre les contraintes mécaniques pouvant expliquer les douleurs exprimées par le sujet.**

Notre expérience clinique révèle que la majorité de nos patients présentent des raideurs, globales ou étagées, parfois en regard de la douleur directement ou parfois à distance. Si le premier cas se comprend aisément, pour le second, la raideur d'une zone rachidienne réclame aux zones voisines de supporter leurs propres contraintes ainsi que celles de la zone raide. L'examen du sujet doit donc se focaliser sur l'examen de la mobilité.

Notons qu'une perte de mobilité peut être l'expression de différents problèmes ;

- articulaire, par rétraction capsulo-ligamentaire ou problème de glissement articulaire
- musculaire, à type d'hypoextensibilité
- conjonctif, cicatrice, infiltrat, œdème

Au delà de la valeur de l'amplitude qui a un intérêt statistique et évolutif, nous choisissons de nous attarder sur l'origine de cette perte de mobilité et son objectivation de manière clinique et comparative plus que de manière quantitative.

Une seconde notion est bien validée dans la littérature, le problème de force musculaire. Il faut rappeler cependant que l'évaluation de la force ne traduit pas directement la capacité musculaire (correspondant à nombre de fibres musculaires) mais à la force maximale du muscle moins le rétrocontrôle négatif que peut produire la douleur. Cette théorie était déjà proposée par le Dr Troisier il y a de nombreuses années. La conclusion pour le rééducateur est qu'il ne faut pas nécessairement faire du renforcement musculaire en première intention mais peut être trouver à supprimer la cause de la douleur pour retrouver une fonction musculaire normale.

Notre traitement se déroule en trois grandes étapes dont les limites ne sont pas clairement définies mais correspondent à trois objectifs différents : Libérer – Maintenir – Entretenir

Libérer : retrouver la mobilité perdue et donc réduire les phénomènes douloureux

Maintenir : retrouver un équilibre musculaire pour tenir activement le rachis

Entretenir : Prévention par l'économie vertébrale et l'ergonomie

Libérer

Nous débutons toujours par le travail myotensif, première façon de réduire les douleurs. Le bilan doit rechercher ses tensions s'exprimant à travers une perte de mobilité, une

douleur à la palpation et à l'étirement et une rénitence. La libération des tensions musculaires se fait par différentes techniques, les levées de tensions et les techniques de Mitchell utilisent la contraction musculaire puis le relâchement depuis une situation d'étirement en course externe. Leur enseignement est inégal mais de plus en plus répandu en IFMK. A l'inverse les techniques de Jones recherchent la position (vers la course interne) provoquant le relâchement maximum. Le choix entre ces deux techniques s'effectue sur des critères cliniques et l'habitude du praticien.

Dans un second temps, la mobilité articulaire évaluée globalement et de manière étagée lors de l'examen sera travaillée par des mobilisations spécifiques du rachis et des sacro iliaques afin de permettre un gain d'amplitude par amélioration des glissements et des éléments capsulo-ligamentaires. Bien que différents courants se détachent, la médecine physique a toujours eu une place de choix en Europe (Cyriax, Maigne, Troisier...) Ces techniques doivent respecter les contre indications du sujet (inflammatoire, fracture, hernie discale...)

Dans un troisième temps, le travail du tissu conjonctif par techniques myofasciales (étirement centimétrique, trigger points) ou par technique de crochetage peuvent permettre d'améliorer les plans de glissements de ses structures dont les adhérences peuvent provoquer des douleurs.

La hernie discale est un cas particulier dans lequel la thérapie manuelle classique montre ses limites. Nous lui préférons dans ce cas la méthode McKenzie qui consiste en un auto traitement basé sur des postures et mouvements répétés mis en place à la suite d'un bilan complet et systématique. Ces techniques doivent provoquer la centralisation de la douleur ce qui représente alors un bon pronostic pour le traitement de la hernie discale. Dans le cas contraire, l'intervention chirurgicale est souvent recommandée.

Toutes les radiculagies ne sont pas discales, il existe des projections douloureuses dans les membres inférieurs liées à des troubles mécaniques rachidiens ou pelviens au même titre que le trouble mécanique thoraco lombaire peut provoquer une douleur de crête iliaque (Maigne). Le traitement devra se faire autour de la mobilité de l'étage en question.

Le syndrome du pyramidal est probablement le syndrome neuroméningé le plus connu, un nerf comprimé sur son trajet peut donner des douleurs sur son trajet. La compression par le muscle pyramidal peut expliquer des sciatalgies chroniques, le plus souvent secondaire à un déjettement antérieur du tronc (Duval-Beaupère).

Maintenir

Depuis des années le travail musculaire chez les lombalgiques se limite au renforcement des abdominaux. L'isocinétisme révèle que la chronicité favorise essentiellement la perte des spinaux. Cette conclusion doit impérativement changer le travail musculaire pour favoriser les spinaux en respectant leur physiologie : endurance et stabilité.

Les travaux menés sur le transverse montrent un retard de contraction de ce dernier favorisant l'instabilité du rachis, la stimulation du transverse et du multifidus sont plus intéressants que le recrutement des droits de l'abdomen.

Les principes et les bons résultats de la RFR sont connus, renforcement musculaire, prise en charge pluridisciplinaire, reprise d'activités fonctionnelles permettent le retour

à l'emploi dans de nombreuses études. Toutefois, rappelons que les critères d'inclusions sont stricts pour obtenir ces bons résultats. Seulement 2 à 10% des lombalgiques y répondent, il nous semble donc impossible de généraliser leurs conclusions à l'ensemble de la population.

Entretenir

Au sein de l'école du dos de Paris, nous proposons un principe de prophylaxie vertébrale basée sur l'apport de connaissances théoriques permettant de mettre en œuvre le verrouillage lombaire proposé par Troisier.

Les principes d'ergonomie se décomposent sur le modèle HOT, en apportant des améliorations Humaines, Organisation, Technique ayant pour but principal de réduire les contraintes sur l'opérateur.

L'action conjuguée de ces deux principes à montrer son efficacité en réduisant le nombre d'AT par 2 et le nombre de jour d'AT par 7 dans un grande entreprise française.

La lombalgie chronique nécessite un diagnostic précis et pointu dans lequel la compréhension des contraintes biomécaniques est prépondérante. Le traitement rééducatif, en équipe avec la médecine et la chirurgie, doivent trouver une solution qui ne peut être pérenne qu'en modifiant les comportements générateurs des troubles physiques mécaniques.