

Avec la participation de



**Association Française
pour la Recherche
et l'Évaluation en
Kinésithérapie**

Conférence de consensus

Prise en charge kinésithérapique du lombalgique

13 novembre 1998

Cité des Sciences et de l'Industrie de La Villette - Paris

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

PARTENAIRES

Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale
Groupe Interdisciplinaire de Lutte contre la Lombalgie
Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Société Française de Médecine Générale
Société Française de Rééducation Fonctionnelle, de Réadaptation et de Médecine Physique
Société Française de Rhumatologie

AVANT PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

COMITÉ D'ORGANISATION

D. LAMOUREUX, Président : Kinésithérapeute, PARIS
P. BOURGEOIS : Rhumatologue, PARIS
J.C. BRUN : Kinésithérapeute, PARIS
F. CARPENTIER : Méthodologie ANAES, PARIS
G. COLNAT : Kinésithérapeute, PARIS
J.P. DAVID : Kinésithérapeute, SASSENAGE
B. DESNUS : Médecin Généraliste, VINCENNES
A. DUROCHER : Méthodologie ANAES, PARIS
J.P. GODARD : Kinésithérapeute, VITRY-SUR-SEINE
P. GOUBIN : Kinésithérapie, BOULOGNE
BILLANCOURT

J. MONET : Kinésithérapeute, PARIS
M. MOREL-FATIO : Médecin de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle, COUBERT
JM. OVIÈVE : Kinésithérapeute, PARIS
X. PHELIP : Rhumatologue, GRENOBLE
G. PIERRON : Kinésithérapeute, LAMORLAYE
P. TRUELLE : Méthodologie ANAES, PARIS
E. VIEL : Kinésithérapeute, THONON
D. VUILLAUME : Épidémiologiste INSERM, PARIS

JURY

E. VIEL, Président : Kinésithérapeute, THONON
L. ANDRÉ : Kinésithérapeute, MATHA
J. BERGEAU : Kinésithérapeute, SAINT-ETIENNE
F. BOUREAU : Neurophysiologiste, PARIS
J. DOBOVETZKY : Médecin Généraliste, ALBI
F. DUCROS : Kinésithérapeute, STRASBOURG
B. DUQUESNOY : Rhumatologue, LILLE
D. GILARD : Kinésithérapeute, NANTES
F. GUILLEMIN : Méthodologiste, Rhumatologue, VANDŒUVRE LES NANCY

J. JUSSERAND : Kinésithérapeute, PARIS
J.J. LEMPEREUR : Kinésithérapeute, GRENOBLE
L. MARTINEZ : Médecin Généraliste, BOIS D'ARCY
D. MOREAU : Kinésithérapeute, GRASSE
M. POCHOLLE : Kinésithérapeute, MONTPELLIER
C. ROQUES : Médecin de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle, TOULOUSE
J. SAMUEL : Rhumatologue, PARIS
E. SAVIGNAT : Kinésithérapeute, LE CHESNAY
P. WATINE : Médecin du Travail, PARIS

EXPERTS

F. BERTHELIN : Kinésithérapeute, MARSEILLE
F. CREPON : Kinésithérapeute, SAINT-MAURICE
B. DESNUS : Médecin Généraliste, VINCENNES
J. DUBAA : Kinésithérapeute, STRASBOURG
M. HAYE : Kinésithérapeute, CHARLEROI
(BELGIQUE)
P. JEANGROS : Kinésithérapeute, LUTRY (SUISSE)
K. KERKOUR : Kinésithérapeute, DELÉMONT
(SUISSE)
J.M. LARDRY : Kinésithérapeute, DIJON

P. MICHAUD : Kinésithérapeute, PARIS
M. MOREL-FATIO : Médecin de Médecine Physique et
Réadaptation Fonctionnelle, COUBERT
M. NISAND : Kinésithérapeute, STRASBOURG
G. PÉNINOÛ : Kinésithérapeute, PARIS
X. PHELIP : Rhumatologue, GRENOBLE
J. SCHOMACHER : Kinésithérapeute ORTENAÛ
(ALLEMAGNE)
P. VOISIN : Kinésithérapeute, LILLE-HELLEMMES
D. VUILLAUME : Épidémiologiste INSERM, PARIS

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

J.L. ESTRADÉ : Kinésithérapeute, REUILLY
J.L. GAUDRON : Kinésithérapeute, ARGENTEUIL
C. GÉNOT : Kinésithérapeute, RENNES
P. GOUILLY : Kinésithérapeute, METZ-THIONVILLE
M. GROSS : Kinésithérapeute, MULHOUSE
P. LE ROUX : Kinésithérapeute, SAINT SÉBASTIEN
SUR LOIRE
D. LEROUX : Kinésithérapeute, SAINT-DENIS

L. MEYRUEY : Kinésithérapeute, BOULOGNE
BILLANCOURT
J.F. MULLER : Kinésithérapeute, MULHOUSE
R. PEYRONNET : Kinésithérapeute, BERCK-SUR-
MER
O. ROUILLON : Médecin Kinésithérapeute,
VILLIERS-SUR-MARNE

LES QUESTIONS POSÉES

QUESTION 1

QUELS SONT LES DIFFERENTS STADES ET LES DIFFERENTES CLASSIFICATIONS ?

QUESTION 2

QUELLE EST LA PLACE DU DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE (EN FONCTION DU TABLEAU CLINIQUE) ?

QUESTION 3

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT ANTALGIQUE ?

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT A VISEE DE GAIN DE MOBILITE ?

QUESTION 4

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT A VISEE DE GAIN DE FORCE ?

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT A VISEE FONCTIONNELLE ?

INTRODUCTION

L'objectif de cette Conférence de Consensus est d'envisager l'attitude du kinésithérapeute à qui le médecin prescripteur a confié un patient qui souffre de lombalgie. En restant dans le cadre strict du décret d'actes et de compétences, nous nous sommes efforcés de lier l'exercice de la kinésithérapie à l'actualisation des connaissances.

I. SITUATION DU PROBLÈME

La lombalgie, ou douleur localisée dans le bas du dos, a une prévalence élevée qui en fait un problème de santé publique dans les pays industrialisés. La prévalence annuelle est de 35 % à 50 % de la population, avec une prévalence de vie entière supérieure à 60 %. Le mal de dos est cause en France de 110 000 arrêts du travail d'une durée moyenne de 33 jours, soit 3,5 millions de journées perdues. Les coûts médicaux et le manque à gagner qui résulte d'une désinsertion socio-professionnelle en sont des conséquences.

I.1. Évolution vers la chronicité

Ces coûts sont largement imputables (pour une part de 70 % à 80 %) à la forme chronique de l'affection, qui pourtant ne représente que de 7 % à 10 % des cas selon les études. D'où l'importance d'éviter le passage au stade chronique. Diminuer ce pourcentage d'évolution vers l'état chronique devrait permettre d'éviter des conséquences personnelles, familiales et professionnelles, ainsi que de réaliser des économies substantielles.

On doit distinguer les lombalgies spécifiques pour lesquelles la cause est connue et le traitement ciblé, des lombalgies non spécifiques dont l'origine reste non précisée et le traitement encore mal codifié.

I.2. Des professions physiquement exigeantes

Il n'y a pas de facteur de risque individuel indiscutablement identifié. Les facteurs de risque professionnels ont été reconnus, en particulier les contraintes biomécaniques au travail, les vibrations du corps entier, et les postures prolongées. Les facteurs psycho-sociaux sont également connus, particulièrement la charge mentale qui résulte de tâches monotones impliquant une attention soutenue et des cadences imposées. En bref, le risque est plus élevé dans les professions physiquement et psychologiquement exigeantes.

I.3. Des causes mal expliquées

En dépit de la fréquence de l'affection et des efforts pour comprendre le mode de survenue, les causes du mal de dos sont mal connues. D'une part, les examens para-cliniques sont souvent non déterminants, et d'autre part il existe, en plus des facteurs physio-pathologiques d'aggravation, une intrication avec des facteurs psycho-sociaux et comportementaux.

La complexité du phénomène rend difficile la communication entre le médecin prescripteur et le kinésithérapeute. Les constatations des professionnels de santé doivent être complétées par la perception par le patient de son état de santé et de sa qualité de vie.

II. DES TRAITEMENTS DONT LES OBJECTIFS ÉVOLUENT

Le schéma classique du traitement était un traitement des symptômes et attendait le soulagement de la douleur avant d'envisager des exercices et une reprise d'activités.

L'attitude actuelle consiste à encourager le patient à s'impliquer dans sa propre rééducation, en l'incitant à maintenir ses activités et en complétant son programme de kinésithérapie par des conseils, des exercices au domicile, et en lui proposant des méthodes pour soulager sa douleur. Ceci dans le but d'éviter l'installation d'une peur du mouvement qui restreint les activités du patient et ajoute à son déconditionnement.

La kinésithérapie, traitement du mouvement perturbé par le mouvement, trouve ici sa pleine expression. Le mouvement étant souvent perturbé par la douleur, il est utile de faire cesser la douleur en même temps que l'on enseigne une technique et un comportement de protection de la colonne vertébrale.

II.1. La complémentarité des bilans

Le diagnostic médical ayant éliminé les contre-indications à un traitement physique, le bilan complet des incapacités doit être dressé par le kinésithérapeute, en préliminaire à son intervention thérapeutique et dans le but d'orienter les objectifs à privilégier. Il a pour but de hiérarchiser les incapacités, puis d'orienter le traitement en fonction des besoins identifiés. L'évaluation du kinésithérapeute est répétée pour suivre l'évolution des incapacités.

II.2. Les étapes essentielles

- Rassurer le patient est un temps indispensable. Si la reprise d'activités tarde, la personne qui souffre s'inquiète pour son avenir. Le patient doit simultanément comprendre qu'il n'y aura pas de « guérison » au sens où l'entend celui qui a été soulagé d'une maladie infectieuse, et être rassuré sur le fait que l'affection est « bénigne » dans le sens où l'évolution est d'habitude favorable. Pour aboutir à ce résultat, trois conditions sont indispensables :

- cohérence du discours du médecin et du kinésithérapeute ;
- reprise des activités de la vie quotidienne ;
- éducation du patient orientée vers l'acquisition d'habitudes protectrices de sa colonne vertébrale.

- Prévenir le risque de récurrence et l'évolution vers la chronicité. La compréhension de la douleur et l'adhésion du patient au programme de traitement sont indispensables. Le Jury postule aujourd'hui que le lombalgique qui prend une part active à sa prise en charge diminue le risque de récurrences et d'évolution vers la chronicité.

QUESTION 1 : QUELS SONT LES DIFFÉRENTS STADES ET LES DIFFÉRENTES CLASSIFICATIONS ?

Il y a un besoin pour le kinésithérapeute, le médecin et les autres professionnels de santé, d'une classification commune pour :

- décrire et caractériser la symptomatologie du malade lombalgique ;
- proposer un cadre pour les décisions thérapeutiques ;
- assurer la prise en charge thérapeutique et le suivi de l'évolution.

I. DÉFINITIONS DES LOMBALGIES. LOMBALGIES SPÉCIFIQUES ET NON SPÉCIFIQUES

La lombalgie se définit comme « une douleur lombo-sacrée médiane ou latéralisée avec possibilités d'irradiations ne dépassant pas le genou mais avec prédominance de la douleur dans la région lombo-sacrée ». L'absence de radiculaire est un élément essentiel de cette définition.

Au terme d'une recherche étiologique menée par le médecin, on classe la lombalgie en spécifique et non spécifique.

La démarche étiologique conduit peu fréquemment au diagnostic d'une affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière et imposant une thérapeutique spécifique ; ces affections sont regroupées sous le terme de lombalgies secondaires, également désignées comme lombalgies spécifiques.

Les principales causes de **lombalgies spécifiques** sont : extra-rachidiennes, post traumatiques récentes (fractures), congénitales, infectieuses, inflammatoires, tumorales, métaboliques ou mécaniques de cause particulière, d'évolution et de traitement spécifiques (dystrophie rachidienne de croissance, cyphose supérieure à 50°, spondylolisthésis récent, scoliose supérieure à 35°, ...).

La **lombalgie non spécifique** (également désignée lombalgie commune). Il n'est pas recommandé d'utiliser le terme « lombalgie commune » pour décrire une symptomatologie qui peut être chronique et invalidante et n'est pas vécue comme banale ou commune par le patient.

On estime habituellement que la lombalgie non spécifique représente plus de 90 % des cas de lombalgies pris en charge par les professionnels de santé.

De nombreux mécanismes physiopathologiques ont été avancés pour l'explication des lombalgies non spécifiques ; ils restent hypothétiques dans l'explication du syndrome lombalgique et ne peuvent être invoqués chez un malade donné.

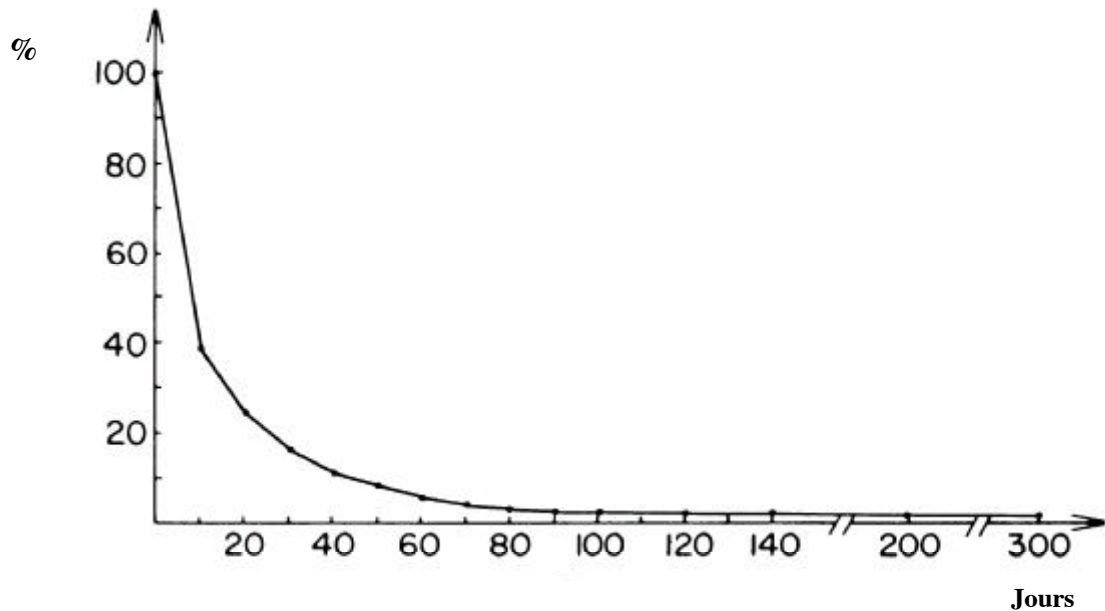
Ces recommandations portent sur la prise en charge des lombalgies non spécifiques.

II. CLASSIFICATION DES DIFFÉRENTS STADES DE LOMBALGIE

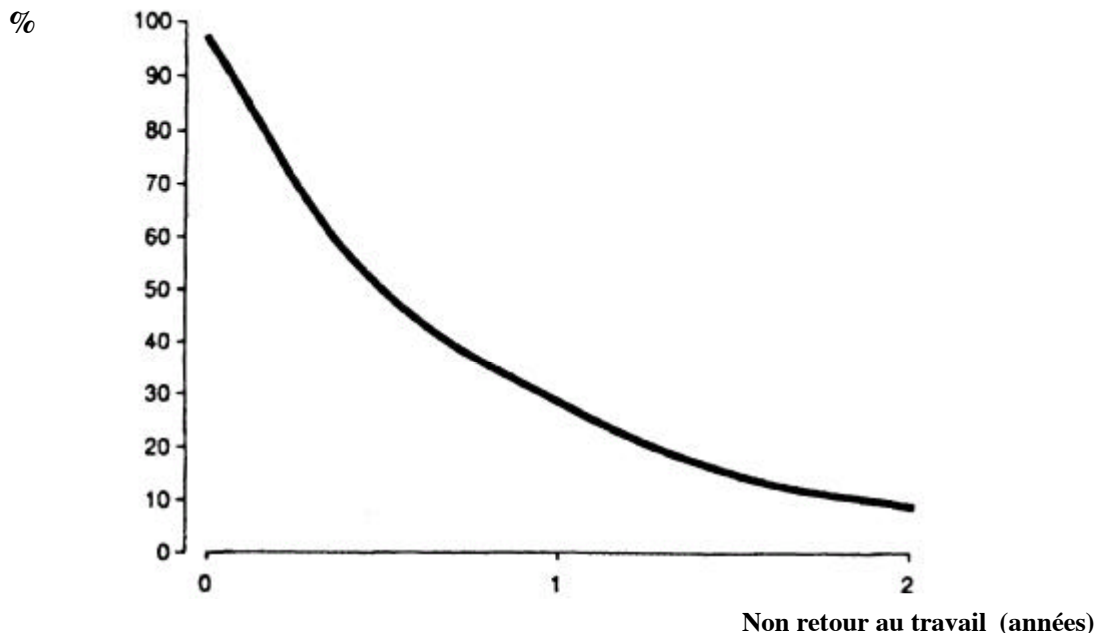
Le caractère aigu ou chronique fait référence à la notion de durée et non à l'intensité de la douleur. La **lombalgie aiguë** évolue depuis moins de trois mois. La plupart des lombalgies aiguës disparaissent en quelques jours (40 à 70 % en moins d'une semaine selon les études). Parmi les lombalgies aiguës, on peut isoler le lumbago qui se caractérise par une installation brutale, un blocage et une attitude antalgique, une douleur d'intensité souvent forte, une évolution habituellement résolutive en quelques jours. Les épisodes aigus de lombalgies peuvent évoluer sur un mode récurrent.

La **lombalgie est chronique** lorsque la douleur évolue et persiste depuis plus de trois mois. La douleur et le retentissement psychologique et socioprofessionnel font la gravité de la lombalgie chronique. Dans ces cas, la lombalgie chronique relève d'une évaluation et d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Parmi l'ensemble des épisodes lombalgiques 80 % des patients ont repris leurs capacités fonctionnelles et repris le travail, moins de 10 % évolue vers la chronicité.



Proportion des patients souffrant encore de lombalgie non spécifique en fonction du temps. (Andersson G. et Al. Spine 83, 8, 880-884).



La probabilité de reprise de travail se réduit lorsque la lombalgie se prolonge. Elle est d'environ 50 % au bout de 6 mois et inférieure à 10 % au bout de 2 ans (données d'après Clinical Standard Advisory Group, 1994).

III. LE MODÈLE DE RÉFÉRENCE

Le syndrome lombalgique nécessite une description multidimensionnelle en référence à plusieurs modèles qui permettent de rassembler de façon complémentaire les constatations objectives des professionnels de santé et l'expression par le patient de la perception de son état de santé et de sa qualité de vie.

La Classification Internationale des Handicaps (CIH) de l' O.M.S. distingue :

- la **déficience** est « *le déficit ou une anomalie d'une structure psychologique, physiologique, anatomique, ou d'une fonction et inclut l'ensemble des anomalies décelées par l'interrogatoire, l'examen clinique et d'éventuelles explorations complémentaires* » ;
- l'**incapacité** est « *la réduction de la possibilité d'accomplir une activité considérée comme normale* » ;
- le **handicap** se définit comme « *la limitation dans l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) dans les conditions et le milieu de vie du sujet* ».

Il est également important de prendre en compte la santé perçue par le patient. C'est-à-dire reconnaître la pertinence et la validité de son appréciation subjective : notamment la perception de sa douleur, le retentissement psychologique, et l'appréciation de ses capacités fonctionnelles.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu de ces différentes dimensions, nous recommandons de décrire la symptomatologie lombalgique selon les axes suivants :

- état physique ;
- douleur ;
- état psychologique ;
- capacités fonctionnelles ;
- situation sociale et professionnelle.

Il est souhaitable que chaque dimension soit explorée lors du bilan kinésithérapique comme lors du bilan médical.

Ces dimensions doivent être quantifiées par des outils validés selon les règles de la métrologie (science de la mesure) qui déterminera leur validité, leur reproductibilité, leur sensibilité au changement.

Pour la pratique quotidienne, il convient de disposer d'outils simples communs aux différents professionnels de santé pour apprécier l'état initial et l'évolution du syndrome lombalgique.

Lorsque la personne se présente chez le kinésithérapeute, le syndrome lombalgique doit avoir fait l'objet d'un diagnostic médical prenant en compte les dimensions ci-dessus. Dans ces conditions, un travail en équipe devra s'instaurer grâce à une communication régulière utilisant les mêmes critères.

Les mesures effectuées seront également utilisées dans la communication avec le patient en vue de ses apprentissages : compréhension de son état initial, définition des objectifs thérapeutiques, incitation à sa participation active au programme de rééducation et auto-évaluation des progrès accomplis.

De nombreuses inconnues persistent dans la compréhension du syndrome lombalgique. Ceci réclame une recherche clinique et pluridisciplinaire pour avancer dans la compréhension des mécanismes psychopathologiques et physiopathologiques, pour développer et valider des instruments de mesure et évaluer l'efficacité des différentes modalités thérapeutiques constituant le programme de prise en charge kinésithérapique.

Le Jury recommande que les données disponibles concernant la prise en charge des patients souffrant de lombalgies non spécifiques (bilan et modalités de traitement) soient enseignées à l'ensemble les kinésithérapeutes, tant lors de la formation initiale que dans la formation continue.

QUESTION 2 : QUELLE EST LA PLACE DU DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE (EN FONCTION DU SYNDROME CLINIQUE) ?

Le diagnostic kinésithérapique est un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent :

- d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés ;
- de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre.

I. LOMBALGIE AIGÜE

La régression de la symptomatologie est la règle. Cependant, la prolongation des symptômes au-delà de six semaines justifie une surveillance attentive car le risque d'évolution vers la chronicité devient élevé.

I.1. Le lumbago

Le kinésithérapeute évalue l'importance de la douleur, les circonstances de déclenchement, les mobilités et compensations fonctionnelles, les attitudes d'antalgie et d'évitement. Dès ce moment, il apprécie le comportement général du patient face à sa douleur.

Le repos absolu est déconseillé, voire nocif ; il faut maintenir une activité tant que faire se peut. Les objectifs sont de maintenir l'autonomie et d'obtenir le soulagement du patient en lui donnant les moyens de l'antalgie mais aussi décontracturant pour réduire la peur du mouvement par la reprise progressive de l'activité gestuelle. On y associe une information sur le décalage entre l'intensité du symptôme et son caractère temporaire et régressif.

I.2. La lombalgie aiguë

L'apparition récente de symptômes (alerte rouge) pouvant faire évoquer des lombalgies secondaires, doit amener le kinésithérapeute à considérer le caractère non spécifique de cette lombalgie et à réorienter le patient vers le médecin.

I.3. Bilan kinésithérapique

I.3.1. La douleur

Elle est appréciée le plus souvent qualitativement. Cependant, il est conseillé de la mesurer de façon simple. L'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) est la méthode la plus répandue et validée.

Elle se fait sur une ligne horizontale de cent millimètres sans graduation. Le malade positionne un trait vertical en fonction de son appréciation personnelle de la douleur.

Aucune douleur _____ Douleur maximale imaginable

L'analyse des variations horaires des manifestations douloureuses, les circonstances de déclenchement ou de majoration font partie de l'interrogatoire mais demeurent insuffisantes pour l'évaluation.

Il est important de situer la douleur dans son retentissement fonctionnel. L'Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évolution des Lombalgies (EIFEL) [en anglais Roland et Morris] est validée dans le cadre des lombalgies aiguës. Sa simplicité (temps de remplissage 5 mn) et ses qualités métrologiques autorisent une large utilisation. Elle permet de différencier des sous-groupes de patients.

I.3.2. L'examen physique

Il n'est pas prouvé qu'un trouble morphologique statique soit à l'origine d'une lombalgie.

Il en est de même de la bascule du bassin, de la longueur des membres inférieurs et des troubles morphologiques mesurés par la technique du fil à plomb (flèches).

Dans un bilan kinésithérapique, la qualité et l'harmonie des mouvements, qui peuvent être représentées sur un graphique simple (par exemple schéma en étoile), sont plus importantes que l'analyse globale de l'amplitude de la mobilité rachidienne dans toutes ses dimensions.

La flexion extension du rachis peut être mesurée avec un inclinomètre. Cette technique nécessitant une certaine pratique est reproductible en inter-observateurs. Elle est validée par des radiographies. Cependant, elle varie sensiblement au cours de la journée et d'une année à l'autre. Ceci la rend peu maniable.

Le test de SCHÖBER est controversé car de mauvaise reproductibilité même s'il demeure très pratiqué. Il est moins fiable que l'inclinomètre. Cela en limite son intérêt.

La mesure de la flexion latérale du rachis n'est validée qu'à la condition d'une technique rigoureuse : sujet debout, dos ou face au mur, les membres inférieurs écartés de 15 centimètres, les bras tendus le long des membres inférieurs.

La mesure des rotations rachidiennes et les tests de mobilité pour la sacro-iliaque ne sont pas suffisamment performants. L'étude de la hanche fait partie intégrante du bilan du lombalgique.

Il est recommandé de réaliser un bilan rachidien dans son ensemble, ainsi qu'un bilan des ceintures et d'identifier pour ces bilans des critères objectifs.

I.3.3. L'examen segmentaire vertébral

Il repose sur le principe qu'une douleur vertébrale commune procède d'un dysfonctionnement du segment mobile. Le bilan kinésithérapique permet de localiser un étage segmentaire douloureux. L'examen des tissus mous, à la recherche de cellulalgies, myalgies et douleurs ténopériostées fait partie intégrante de ce bilan. L'origine anatomique précise de la cause en demeure non prouvée.

I.3.4. La force et l'endurance des muscles

L'utilité de la mesure de l'endurance et de la force musculaire par la pratique de tests cliniques simples n'est pas prouvée, ni dans une action thérapeutique, ni comme facteur pronostique. La mesure de l'équilibre et de la synchronisation musculaires tel le rapport extenseurs/fléchisseurs par des appareils de mesures sophistiqués doit être réservée aux études complexes et à la recherche.

I.4. Les objectifs

Un lombalgique aigu sur dix évolue vers la chronicité, sans qu'aucun facteur prédictif ne soit connu ou suffisamment établi. L'objectif prioritaire est donc de participer à une prise en charge thérapeutique globale du patient : soulager le patient de façon le plus durable possible et lui éviter de passer à la chronicité.

RECOMMANDATIONS

- En cas de lumbago, le repos absolu est déconseillé, voire nocif : il faut maintenir une activité en donnant au patient les moyens de l'antalgie et en levant les attitudes d'inhibition.
- L'utilisation d'outils de mesure de la douleur est recommandée.
- Le Jury recommande la réalisation d'un bilan rachidien, dans son ensemble, avec des critères objectifs avant et après thérapeutique.
- Un bilan kinésithérapique doit être réalisé en début et en fin de traitement.

II. LA LOMBALGIE CHRONIQUE

L'évaluation kinésithérapique du lombalgique chronique ne doit plus être abordée sur des critères exclusivement physiques insuffisants pour décrire ce type de patient. L'approche pluri-dimensionnelle physique, psychologique et sociale est plus pertinente.

II.1. Le bilan

II.1.1. La douleur

La douleur est appréciée par l'EVA. Cette mesure est simple et apprécie le vécu personnel. Elle n'est pas suffisante pour refléter le retentissement sur la vie quotidienne. Ceci est apprécié par des auto-questionnaires dont la validité est actuellement acquise. Le questionnaire DALLAS validé dans sa version française situe la symptomatologie lombaire selon les grands axes suivants : les activités quotidiennes, les activités professionnelles, les loisirs, anxiété-dépression, sociabilité. Rapide, il est de remplissage aisé.

II.1.2. Les capacités fonctionnelles

Il est recommandé d'utiliser des tests généraux. L'auto-questionnaire EIFEL (Roland-Morris), est rapide et d'usage courant. Il répond à cette exigence. L'échelle QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE est plus utile aux essais cliniques ou thérapeutiques. Elle donne une vision évolutive des symptômes et de l'incapacité dans le temps, mais elle ne décrit pas suffisamment les sous-groupes de lombalgiques non spécifiques.

II.1.3. L'état psychologique

Un accord professionnel fort affirme qu'il existe une relation thérapeutique entre le patient et le kinésithérapeute qui est particulièrement privilégiée dans le cas d'une lombalgie. Ceci lui permet d'évaluer l'importance du retentissement de l'affection sur son comportement.

L'axe psychologique et les dimensions précédentes peuvent être approchés par le MPI (en français Inventaire Multidimensionnel de la douleur). Il est de maniement aisé pour tout professionnel.

II.1.4. L'état physique

L'examen statique et dynamique traditionnel du rachis n'apporte aucun argument prouvé dans l'évaluation du lombalgique chronique. Cependant, l'évaluation musculaire dans ses trois composantes, la force, l'endurance, l'extensibilité du tronc et des membres inférieurs constitue un axe d'évaluation du lombalgique au sein de la classification internationale du handicap.

Cette classification CIH (Classification Internationale des Handicaps et incapacités) fait apparaître trois stades :

1. **Déficience**

- déficiences sensorielles du tronc et du dos. La douleur varie en sévérité et intensité (constante, intermittente ou récurrente) ;
- déficiences de posture (amplitude et aisance du mouvement de la région lombo-sacrée réduite du fait de la douleur, associées à la raideur et aux rétractions musculaires).

2. **Incapacités**

Elles rassemblent l'ensemble des réductions ou incapacités dans la vie professionnelle ou courante.

3. **Handicap**

Situation de handicap socioprofessionnel.

II.1.5. La situation socioprofessionnelle

L'épisode lombalgique est situé dans le contexte personnel, familial, relationnel et professionnel : vécu de la situation actuelle et des éventuels épisodes antérieurs : métiers exercés, protection sociale (indemnités, IPP éventuelles, dossier COTOREP), arrêts de travail et conséquences financières.

RECOMMANDATIONS

Les échelles de mesure explorent la lombalgie chronique de façon simple et facile à utiliser au cabinet du kinésithérapeute.

Leurs avantages :

- apprécier de manière objective la douleur dans ses différentes dimensions ;
- faciliter les échanges entre les professionnels de santé et en particulier, le dialogue entre médecin et kinésithérapeute ;
- permettre d'évaluer les techniques de kinésithérapie à visée de recherche, y compris dans la pratique libérale ;
- réaliser un bilan kinésithérapique en début et fin de traitement.

II.2. Les objectifs

1. À ce stade, l'amélioration des incapacités et du handicap éventuel passe par une participation et un engagement personnel du patient. Ceci peut être clairement expliqué par le kinésithérapeute et il lui est recommandé d'établir un contrat d'objectifs avec son patient.

2. Donner les moyens de la capacité musculaire : force, endurance et extensibilité des muscles du tronc et des membres.

3. Développer la qualité gestuelle et l'économie rachidienne dans les activités de la vie quotidienne ainsi que l'auto-rééducation ; agir sur l'environnement personnel du patient dans une approche ergonomique.

4. Soulager le patient et lui apprendre l'auto-sédation afin de le soutenir et de l'accompagner dans son projet d'autonomie.

QUESTION 3

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT ANTALGIQUE ?

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT À VISÉE DE GAIN DE MOBILITÉ ?

Au terme du processus de décision médicale, certains patients lombalgiques vont bénéficier d'une prise en charge masso-kinésithérapique ambulatoire. Quatre orientations de traitement peuvent être proposées : antalgie, gain de mobilité, gain de force, restauration fonctionnelle ; ces éléments correspondent aux problèmes concrets posés par les patients et abordés par la recherche clinique de validation. L'aspect psychologique doit toujours être pris en compte. Le thérapeute doit pouvoir établir une relation thérapeutique forte avec la personne lombalgique. Le masseur-kinésithérapeute choisit ses techniques à partir de ses propres outils d'évaluation (diagnostic kinésithérapique). La prévention secondaire ne doit pas être oubliée. Pour chaque technique, on envisage l'utilité, les risques et les indications préférentielles éventuelles.

I. TRAITEMENT ANTALGIQUE

Il regroupe la massothérapie, l'électrothérapie antalgique et les agents physiques, la balnéothérapie, la contention, les tractions vertébrales. Le but du traitement antalgique est d'améliorer le confort du patient et de l'aider à conserver ou à retrouver ses capacités fonctionnelles. Il est un adjuvant important du traitement de gain de mobilité. Il peut aussi faciliter l'adhésion du lombalgique à un programme de gain de force.

I.1. Massothérapie

Il est admis que le massage manuel a un effet antalgique, décontracturant, relationnel et aussi circulatoire, proprioceptif et trophique. Aucune étude contrôlée et bien conçue ne vient confirmer l'efficacité du massage. Il est toujours associé à d'autres techniques dans les études d'évaluation. Aucune étude n'a démontré l'existence d'un risque particulier lié à son utilisation. Le massage manuel est largement utilisé par les masseurs-kinésithérapeutes et est reconnu par les patients comme apportant un soulagement appréciable. Il existe un consensus professionnel fort pour l'utilisation du massage manuel. Le Jury recommande son utilisation, en respectant les contre-indications habituelles. Son utilisation devrait être inversement proportionnelle à la nécessité d'autonomisation du patient.

Les techniques dites réflexes (massage réflexe et autres modalités reposant sur des bases anatomo-physiologiques acceptables) n'ont pas fait l'objet d'étude contrôlée. Elles ne présentent pas de dangerosité particulière identifiée. Elles peuvent constituer une option thérapeutique.

I.2. Électrothérapie et agents physiques

Le traitement antalgique par électrothérapie et agents physiques a pour but de soulager la douleur, principalement en renforçant les mécanismes du contrôle de la douleur, plus accessoirement en réduisant les phénomènes nociceptifs locaux.

Les études contrôlées ne permettent pas actuellement de trancher formellement la controverse sur l'efficacité antalgique de la **stimulation électrique transcutanée** (T.E.N.S.) chez le lombalgique. Son association aux vibrations mécaniques de basse fréquence ou à l'électromyostimulation semble accroître l'effet antalgique. Les appareils d'électrothérapie utilisés en cabinet (générateurs de basse fréquence et de moyenne fréquence interférentielle) offrent les mêmes avantages et doivent être utilisés selon les mêmes principes et modalités que la T.E.N.S. Le bénéfice potentiel, l'absence de risque engageant à recommander l'utilisation de l'électrothérapie antalgique comme option thérapeutique chez le lombalgique dans le cadre du traitement masso-kinésithérapique.

Il n'y a pas d'étude montrant l'efficacité antalgique de la **ionophorèse** chez le lombalgique. La tolérance de cette technique n'est pas exempte de problèmes. Cette technique n'est pas recommandée.

L'utilisation des **micro-ondes** ne doit pas être recommandée en raison de leur danger potentiel pour l'utilisateur et de l'absence de preuve de leur efficacité dans le domaine musculo-squelettique.

Il n'y a pas d'étude contrôlée montrant l'efficacité antalgique des techniques de **diathermie** (**ultrasons, ondes courtes**) chez le lombalgique. L'utilisation des **ondes courtes** et des **ultrasons**, en respectant les contre-indications habituelles et les règles d'application, ne présente pas de risque formellement documenté. Ils peuvent constituer une option thérapeutique.

Aucune étude n'a démontré l'effet antalgique des rayons **infrarouges**. Cependant, ils entraînent un recrutement des thermorécepteurs cutanés et n'entraînent aucun risque identifié ; ils peuvent constituer une option thérapeutique.

Aucune étude contrôlée n'a démontré l'effet antalgique du rayonnement **laser** de basse énergie. L'existence d'une agressivité oculaire est reconnue. Il est recommandé de ne pas les utiliser.

I.3. Balnéothérapie

La kiné-balnéothérapie chaude (36°C) est antalgique et décontracturante par sa thermalité et la réduction du poids du corps. Son efficacité est démontrée par des études de niveau faible. Elle est recommandée comme adjuvant, lorsqu'elle est disponible, en dehors des contre-indications habituelles.

I.4. Contention

Les contentions par corset visent à accroître l'efficacité du manchon musculaire que constitue la poutre composite lombaire et du caisson abdominal.

Les études contrôlées ne permettent pas d'affirmer l'efficacité antalgique d'une contention lombaire, le plus souvent rigide, chez le lombalgique. Des études de qualité faible montrent son intérêt dans la reprise ou le maintien de l'activité (activités habituelles à fortes exigences physiques). Les contentions lombaires par corset peuvent constituer une option thérapeutique.

I.5. Tractions vertébrales

Leur action viserait à réduire l'activité de la musculature para-vertébrale et la pression discale. Des études contrôlées de méthodologie moyenne ou faible montrent une certaine efficacité dans la lombalgie aiguë. Les tractions vertébrales sur table peuvent être une option thérapeutique dans la lombalgie aiguë.

RECOMMANDATIONS

Il existe un consensus professionnel fort sur l'utilisation de l'association du massage et de la chaleur (sous toutes ses formes) qui peuvent être recommandés dans le cadre d'une thérapeutique adjuvante préparatoire aux autres techniques, notamment de gain de mobilité (lombalgie aiguë) et de gain de force (lombalgie chronique). L'utilisation de l'électrothérapie antalgique, de la contention, des tractions vertébrales sont des options thérapeutiques. Il est recommandé de ne pas utiliser les ionisations, les micro-ondes et le rayonnement laser.

II. TRAITEMENT À VISÉE DE GAIN DE MOBILITÉ

La perte de la mobilité lombaire est souvent retrouvée dans le bilan kinésithérapique du lombalgique. Elle est multifactorielle : évitement du mouvement dû à la douleur ou à la peur d'avoir mal, contracture musculaire, coincement articulaire, rétraction des parties molles, détérioration des structures articulaires. Cette perte de mobilité, antalgique au début, devient un facteur de désadaptation et probablement d'entretien de la douleur.

Une étude clinique de bon niveau méthodologique a montré chez 300 patients lombalgiques chroniques une corrélation entre la mobilité de hanche et la sévérité de la lombalgie et une corrélation entre la mobilité de hanche et la mobilité rachidienne.

Les techniques proposées ont pour objectif de retrouver une mobilité *de la région lombaire et de la hanche* compatible avec la reprise des activités antérieures. Ces techniques sont séparées en deux groupes : manœuvres passives et techniques actives.

II.1. Thérapie manuelle

Le Jury a choisi de regrouper l'étude des trois techniques qui lui ont été soumises : concept OMT Kaltenborn-Evejenth, concept Maitland, concept Sohier.

Ces techniques manuelles et passives ont en commun : un examen palpatoire préalable à la recherche d'un désordre segmentaire, un traitement privilégiant les techniques de mobilisation passive segmentaire. Rarement utilisées seules, elles sont souvent associées à d'autres moyens thérapeutiques. Les études contrôlées démontrent l'intérêt des thérapies manuelles, toutes techniques confondues, dans la lombalgie chronique. Dans certains sous-groupes de lombalgiques aigus, insuffisamment définis par les études contrôlées, la thérapie manuelle constitue également une thérapeutique efficace. Concernant les techniques particulières envisagées dans le cadre de la conférence de consensus, seules les techniques Maitland et Kaltenborn ont été évaluées par des études de niveau moyen ou faible donnant lieu à des résultats peu concluants. La littérature ne met pas en évidence de dangerosité. Les techniques peuvent donc constituer d'utiles options thérapeutiques.

Le Jury recommande la réalisation d'études de validation spécifique de ces techniques.

II.2. Massage et techniques des "tissus mous"

Certaines techniques reposent sur un concept anatomo-physiologique mais leur efficacité n'est pas démontrée par des études contrôlées : manœuvres de massage qui étirent les muscles lombaires (décordage), massage-mobilisation, étirement musculaire manuel. Ces techniques ne présentent aucun caractère de dangerosité et constituent une option thérapeutique.

D'autres techniques des tissus mous ne correspondent pas aux données scientifiques actuelles : fasciathérapie, biokinergie, microkinésithérapie.

II.3. Étirement musculaire actif

Le contracter-relâcher est une technique d'étirement localisé. Une étude contrôlée de bon niveau méthodologique a montré une amélioration de la douleur lombaire sur une population restreinte de patients lombalgiques *chroniques*. Le Jury recommande l'utilisation des techniques de contracter-relâcher, en particulier en situation chronique.

Le stretching correspond dans nos habitudes françaises aux techniques d'étirements globaux (type Solveborn, Anderson, Esnault, ...). Il n'y a pas d'étude contrôlée démontrant son efficacité ; il ne donne pas lieu à des phénomènes iatrogènes particuliers. Il peut être considéré comme une option thérapeutique.

Les techniques de Mézières dépasseraient le cadre de l'étirement actif pour aspirer à une "reconstruction posturale". Aucune étude contrôlée n'a validé ces techniques à ce jour. Il ne semble pas exister de dangerosité particulière. Ces techniques peuvent donc constituer une option thérapeutique d'étirement musculaire actif.

RECOMMANDATIONS

Il existe un consensus professionnel fort sur l'utilisation conjointe des techniques de mobilisations manuelles passives et d'étirements musculaires (actifs et/ou passifs). En phase aiguë, le kinésithérapeute choisira les techniques permettant la restauration de la mobilité pour retrouver le confort articulaire ; dans les situations chroniques, l'objectif sera de restaurer une mobilité qui permet la récupération fonctionnelle.

QUESTION 4

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT À VISÉE DE GAIN DE FORCE ?

QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT À VISÉE FONCTIONNELLE ?

I. TRAITEMENT À VISÉE DE GAIN DE FORCE

Chez les lombalgiques chroniques, les muscles extenseurs du rachis lombaire présentent une fatigabilité accrue et une diminution de force qui peut atteindre 25 %. L'examen tomodynamométrique montre une dégénérescence et une atrophie. La biopsie montre une diminution du pourcentage des fibres de type I (dites d'endurance) et une augmentation des fibres de type IIb (dites de vitesse).

La dégradation des capacités des muscles extenseurs du rachis diminue les aptitudes fonctionnelles des lombalgiques. La prévention de la fonte musculaire et le « réentraînement » à l'effort font partie des objectifs de leur prise en charge masso-kinésithérapique.

Seront envisagés : l'électromyostimulation, les exercices physiques en pratique de ville et les exercices physiques intégrés à une prise en charge multidisciplinaire avec hospitalisation en centre spécialisé.

I.1. L'électromyostimulation (EMS)

Définition

L'EMS est une technique qui utilise des courants électriques de basses fréquences (inférieures à 100 Hz) pour provoquer des contractions musculaires.

Évaluation

Chez des sujets sains, des essais comparatifs ont montré que l'EMS augmente de manière statistiquement significative la force des muscles extenseurs du rachis. Chez les patients lombalgiques, un seul essai comparatif, de mauvaise qualité méthodologique, ne permet pas de conclure. Il comportait seulement 24 sujets répartis en 4 groupes de comparabilité non précisée (jugement uniquement centré sur la douleur, pas de comparaison statistique intergroupes mais seulement des comparaisons avant/après à l'intérieur de chaque groupe, etc.). L'EMS ne semble pas avoir été comparée à d'autres techniques de renforcement des muscles extenseurs du rachis.

Modalités pratiques

De larges électrodes reliées à un appareil stimulateur sont appliquées longitudinalement et bilatéralement sur les muscles paravertébraux dorso-lombaires. Les protocoles utilisés sont divers : intensité, forme et fréquence des courants, durée d'application variable de 30 mn à plusieurs heures par jour. Les contre-indications sont : la grossesse, le port de certains stimulateurs cardiaques, certaines pathologies cutanées et l'intolérance de certains patients aux sensations déclenchées par les courants électriques.

RECOMMANDATIONS

En l'absence de preuve d'efficacité chez les lombalgiques, il n'existe aucune indication formelle.

Pour le Jury, les indications possibles de l'EMS sont les lombalgies risquant de devenir chroniques ou récidivantes, c'est-à-dire en l'absence d'une amélioration suffisamment rapide lors d'un épisode aigu chez des patients présentant d'importants facteurs de risque de chronicité (en particulier professionnels) et chez qui la douleur empêche d'effectuer des exercices physiques de musculation des extenseurs.

L'utilisation de l'EMS doit être limitée dans le temps et ne saurait se substituer aux exercices physiques de musculation active.

I.2. Les exercices physiques en pratique de ville

Évaluation

Plusieurs essais comparatifs ont inclus des patients atteints de lombalgies chroniques souvent anciennes ou récidivantes, parfois opérés (discectomie), sans signe de compression radiculaire, sans diagnostic psychiatrique et sans pathologie contre-indiquant les efforts. Ces essais démontrent l'efficacité des exercices de musculation chez les lombalgiques chroniques pour améliorer la souplesse, la force et l'endurance musculaire, voire les douleurs. Les résultats semblent se maintenir à 6 mois et à 1 an chez la plupart des patients.

L'intensité des exercices semble jouer un rôle important. Dans plusieurs études, la recommandation de poursuivre les exercices, en dépit de la douleur, a été corrélée à de meilleurs résultats que celle de réduire les efforts en fonction de la douleur. Les programmes d'efficacité démontrée comprenaient des exercices de musculation des extenseurs du rachis, mais aussi des abdominaux, et un reconditionnement global à l'effort pouvant par exemple inclure des exercices sur bicyclette ergométrique.

Aucun essai n'a évalué l'intérêt d'enseigner des exercices physiques d'auto-entretien à domicile. Cependant un tel enseignement semble logique, et ne présente guère d'effet indésirable prévisible.

Modalités pratiques

Les programmes de « réentraînement » à l'effort dont l'efficacité a été démontrée chez les lombalgiques sont variables. Essentiellement développés dans des pays anglo-saxons ou nordiques, ils réunissent généralement les patients par groupe de 6 à 10 lors de séances d'une à deux heures, 2 à 3 fois par semaine, sur des périodes allant de quelques semaines à quelques mois.

RECOMMANDATIONS

Les exercices physiques intensifs de musculation et de réadaptation à l'effort sont indiqués chez les patients lombalgiques chroniques, en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion des essais démonstratifs.

Malgré l'absence de preuve d'efficacité, en raison des bénéfices potentiels et de l'absence d'effets indésirables des exercices physiques d'auto-entretien pratiqués à domicile, le Jury recommande de les enseigner aux patients et de les encourager à les pratiquer. Cet enseignement devrait faire l'objet d'un contrat d'objectifs avec le patient.

Le Jury recommande une adaptation des textes réglementaires français pour permettre ce type de prise en charge en groupe, en kinésithérapie libérale.

I.3. Les exercices physiques intégrés à une prise en charge multidisciplinaire avec hospitalisation en centre spécialisé

Définition

Ces programmes supposent une hospitalisation de 3 à 6 semaines et font intervenir masseur-kinésithérapeute, médecin de rééducation, psychiatre, assistante sociale, professeur d'éducation physique, etc. Ils comprennent un entraînement physique très intensif dont les objectifs dépassent la seule rééducation fonctionnelle, et qui s'intègre à une prise en charge globale dont la finalité est la réinsertion sociale et professionnelle, voire familiale.

Évaluation

Plusieurs essais ont comparé ces programmes multidisciplinaires hospitaliers à l'absence de traitement (liste d'attente) ou à des prises en charge peu intensives (techniques passives : massages, électrothérapie, etc.) Les patients inclus étaient des lombalgiques chroniques depuis plusieurs années, en situation d'impasse thérapeutique après échec de multiples autres prises en charge, mais cependant très motivés. Ces essais ont montré l'efficacité de ces programmes pour améliorer la force musculaire, la flexibilité du rachis, la réinsertion professionnelle et la qualité de la vie (jugée sur des questionnaires) mais pas nécessairement la douleur. Ce type de prise en charge ne semble pas avoir été comparé à des exercices intensifs de réadaptation à l'effort effectués en pratique de ville.

RECOMMANDATIONS

Les exercices physiques intensifs de musculation et de réadaptation à l'effort sont indiqués chez les patients atteints de lombalgies chroniques ou récidivantes, même anciennes et opérées (discectomie), sans signe de compression radiculaire, sans diagnostic psychiatrique et sans pathologie contre-indiquant les efforts.

L'efficacité des exercices physiques intégrés à une prise en charge multidisciplinaire avec hospitalisation en centre spécialisé est bien établie, sur des populations très particulières de

lombalgiques chroniques, très motivés. Ses indications doivent actuellement être limitées à la réinsertion professionnelle des patients ayant déjà été traités correctement mais sans résultats par d'autres méthodes.

II. PLACE DU TRAITEMENT À VISÉE FONCTIONNELLE ?

Il s'agit des techniques d'ajustement proprioceptif, des exercices de gymnastique en cyphose (dits de Williams) et en lordose (dits de McKenzie).

II.1. Les techniques d'ajustement proprioceptif

Définition

C'est l'ensemble des moyens visant à améliorer la sensibilité profonde supposée perturbée.

Évaluation

Des arguments théoriques ou indirects suggèrent une perturbation proprioceptive locale (lombo-pelvienne) ou plus générale chez les sujets atteints de lombalgie aiguë ou chronique, mais elle n'est pas démontrée expérimentalement.

Il n'existe pas d'essai clinique ayant comparé l'utilisation de techniques d'ajustement proprioceptif chez des patients lombalgiques (aigus ou chroniques) à des techniques « placebo » ou à l'absence de soins. Il n'existe pas non plus d'essais ayant comparé des programmes de soins identiques, avec et sans ajustement proprioceptif. Cependant, la plupart des techniques de rééducation fonctionnelle enseignées et pratiquées en France chez des patients lombalgiques comportent un temps d'ajustement proprioceptif.

Modalités pratiques

Ces techniques comportent divers exercices visant à entraîner le sujet à prendre conscience des mouvements et des positions de sa région lombo-pelvienne et à réagir à un déséquilibre provoqué.

RECOMMANDATIONS

Il n'existe pas d'indication formelle aux techniques d'ajustement proprioceptif dans les lombalgies.

Compte tenu de la diffusion de ces techniques et de leur innocuité, le Jury considère qu'elles peuvent éventuellement être utilisées à titre adjuvant au cours de la rééducation fonctionnelle des lombalgies chroniques.

Le Jury recommande d'élaborer des essais cliniques comparant des programmes de soins avec et sans ces techniques d'ajustement proprioceptif.

II.2. Les exercices de gymnastique en cyphose (dite de Williams)

Définition

Il s'agit d'exercices qui sollicitent le rachis lombaire en cyphose. Cette position vise à réduire la pression sur la partie postérieure des disques intervertébraux.

Évaluation

Deux essais randomisés ont comparé les exercices en cyphose et en lordose chez des patients atteints de lombalgie aiguë. Les résultats sont en défaveur des exercices en cyphose. Un essai a comparé des exercices en cyphose et des exercices en lordose chez des patients atteints de lombalgie chronique,

sans trouver de différence statistiquement significative sur la douleur évaluée par le questionnaire de McGill. Un essai randomisé sur 90 patients atteints de lombalgie chronique, avec lecture des résultats en aveugle, a comparé 15 séances de gymnastique en cyphose à deux autres stratégies de traitement kinésithérapique : exercices lombo-abdominaux d'intensité modérée en piscine chaude ou de rééducation personnalisée reposant sur le principe de la non-douleur (les techniques étant choisies après un bilan détaillé en privilégiant les exercices isométriques). Les moins bons résultats ont été obtenus avec la gymnastique en cyphose. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux autres techniques.

RECOMMANDATIONS

Dans les lombalgies aiguës, les exercices en cyphose sont moins efficaces sur la douleur que les exercices en lordose. Dans les lombalgies chroniques tout venant, la gymnastique en cyphose est moins efficace qu'une rééducation personnalisée fondée sur le principe de la non-douleur ou des exercices de balnéokinésithérapie d'intensité modérée. Le Jury recommande l'abandon de l'utilisation isolée de cette technique.

II.3. Les exercices de gymnastique en lordose (dite de McKenzie)

Définition

Il s'agit d'exercices qui sollicitent le rachis lombaire en lordose. Cette position vise à conserver ou accentuer la courbure lombaire, et pour le promoteur, à empêcher le recul de fragments de disque intervertébral.

Évaluation

Dans les lombalgies aiguës, un essai randomisé a comparé des exercices en lordose à une «mini-école du dos», et deux essais randomisés les ont comparés à des exercices en cyphose. Dans ces trois essais, les exercices en lordose ont été plus efficaces sur la douleur et la mobilité rachidienne (différences statistiquement significatives).

Dans la lombalgie chronique, trois essais comparatifs ont été trouvés. Les exercices en lordose ont été comparés à des exercices en cyphose, à des exercices de musculation faisant appel à des appareils de musculation, à l'application de chaleur, à des manipulations vertébrales. Un essai a comparé des exercices physiques intensifs accompagnés ou non d'exercices en hyperextension. Les résultats de ces essais sont contradictoires et ne permettent pas de conclure.

RECOMMANDATIONS

L'efficacité des exercices en lordose est bien établie dans les lombalgies aiguës, et n'est pas établie dans les lombalgies chroniques. Le Jury recommande d'utiliser les exercices en lordose dans les lombalgies aiguës.

CONCLUSIONS

La Conférence de Consensus, ayant examiné le degré de validité des méthodes actuelles de prise en charge kinésithérapique, recommande certaines thérapeutiques guidées par des principes généraux d'un programme de rééducation.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT LOMBALGIQUE

Lombalgie aiguë	Lombalgie chronique
Ne pas nier la réalité de la douleur	Accepter la réalité de la douleur
Dé dramatiser et rassurer en expliquant la douleur	Informé et dé dramatiser
Maintenir debout et mobile	Inciter le patient à se prendre en charge de façon active
	Enseigner et contrôler les activités gestuelles
	Redonner confiance dans les gestes quotidiens
Encourager la reprise précoce d'activités	Promouvoir et organiser la reprise progressive des activités quotidiennes, professionnelles et de loisirs
Identifier les effets iatrogènes du traitement	Identifier les effets iatrogènes du traitement
	Prendre en compte le contexte psychosocial
	Intégrer la prise en charge dans une approche pluridisciplinaire
Prévenir l'évolution vers la chronicité	

La place de la kinésithérapie est définie dans les recommandations ci-dessous.

I. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

I.1. Associer les techniques à bon escient

Les programmes de traitement doivent en premier lieu utiliser et associer des techniques dont l'efficacité est démontrée.

Les données des essais cliniques peuvent militer en faveur de l'efficacité d'une association de plusieurs techniques bien que chacune, prise individuellement, n'ait pas d'efficacité démontrée. Il en est ainsi des associations de massages à visée antalgique et décontracturante avec des techniques de gain de mobilité (mobilisations spécifiques segmentaires du rachis) et avec des techniques à visée fonctionnelle (gymnastique en cyphose ou en lordose, ajustements posturaux).

RECOMMANDATIONS

Sur la base d'un consensus professionnel fort, le Jury recommande que les programmes de soins proposés aux patients comprennent une association équilibrée de techniques variées dont la majorité devrait avoir une efficacité démontrée. Dans tous les cas, les soins dits passifs dont l'efficacité est prouvée mais limitée dans le temps ne doivent avoir qu'un rôle adjuvant.

I.2. Adapter les soins

L'évaluation permet de mieux observer le danger d'évolution vers la chronicité. La qualité de vie et la satisfaction du patient doivent jouer un rôle important. Dans le choix du traitement, les échanges d'information et de point de vue entre professionnels de santé, à propos de leurs patients doivent être encouragés.

RECOMMANDATIONS

Sur la base d'un consensus professionnel, il faut informer le patient des diverses possibilités thérapeutiques et lui proposer un contrat de moyens et d'objectifs tenant compte des résultats du bilan du kinésithérapeute, et aussi des attentes et des opinions que le patient a exprimées. Lors du déroulement du traitement, les options thérapeutiques (poursuite ou abandon d'une technique, par exemple) devront être fondées sur l'appréciation subjective du kinésithérapeute, sur les résultats de bilans intermédiaires et sur le vécu en retour exprimé par le patient.

Le Jury recommande aux médecins prescripteurs de joindre une liste d'objectifs de traitement à leur ordonnance. En retour, le kinésithérapeute doit adresser au médecin traitant une copie de ses bilans de début et de fin de traitement. Il est nécessaire de développer les échanges d'informations normalisées entre acteurs de santé qui prennent en charge le patient.

I.3. Encourager la recherche française en kinésithérapie

Le Jury a été frappé par la rareté des travaux de validation des tests diagnostiques et des travaux d'évaluation des pratiques de kinésithérapie dans les lombalgies, qu'elles soient aiguës ou chroniques. La plupart des travaux de bonne qualité méthodologique a été menée dans des pays anglo-saxons ou nordiques, où les pratiques de kinésithérapie sont parfois très différentes des pratiques courantes en France. Or, les experts comme les membres du Jury ont été unanimes pour estimer que le développement de travaux de recherche clinique en kinésithérapie était insuffisant dans notre pays.

RECOMMANDATIONS

Le Jury recommande l'étude des mesures réglementaires, légales ou administratives souhaitables pour favoriser et encourager la recherche clinique spécifique ou pluridisciplinaire par les kinésithérapeutes.

II. RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE DES LOMBALGIES AIGUËS

Le traitement par la kinésithérapie se justifie en l'absence d'une amélioration suffisamment rapide et complète chez des patients présentant d'importants facteurs de risque de chronicité (en particulier professionnels).

Les traitements à visée antalgique (notamment les massages manuels) ne doivent jouer qu'un rôle adjuvant en rendant moins pénible les exercices physiques et en améliorant la relation entre le thérapeute et le patient. Les autres techniques de traitement antalgique semblent d'intérêt accessoire.

III. RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE DES LOMBALGIES CHRONIQUES

Les lombalgies chroniques sont une indication de choix pour les traitements de musculation intensive et de réadaptation à l'effort, au cours desquels les patients doivent poursuivre les exercices dans les

limites de la douleur. Ces traitements doivent pouvoir être menés en ambulatoire, éventuellement lors de séances de groupe. Il doivent s'accompagner de conseils ergonomiques et d'hygiène de vie.

La nécessité de prévenir la chronicité incite à utiliser précocement les moyens d'efficacité reconnue au stade chronique (au troisième mois de persistance des douleurs).

Dans les cas compliqués par l'ancienneté des troubles ou une désinsertion socioprofessionnelle, la prise en charge kinésithérapique doit s'intégrer à une prise en charge plus générale (médicale, psychologique et sociale) impliquant l'action d'une équipe pluriprofessionnelle.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale – 75640 PARIS cedex 13