

Prise en charge pluridisciplinaire des pathologies chroniques rachidiennes de l'hôpital au secteur libéral

Intérêts et mise en pratique

RÉSUMÉ | SUMMARY

Il y a tout un athlète de haut niveau en nous qui a besoin de reconstruire son corps, retrouver de la confiance, se mouvoir pour monter sa propre marche du succès ! Cette marche, c'est l'autonomie de faire ce qu'on souhaite quand on le veut.

Les incidences de la lombalgie chronique sont multiples : physique, psychique, professionnel... L'approche thérapeutique, au sein d'une équipe pluridisciplinaire est construite sur la progression par et dans le mouvement. L'association réfléchie des expertises accélère les effets physiologiques des techniques et un retour au mouvement nécessaires pour la santé.

There is a top athlete in all of us that needs to rebuild his body, regain confidence, move towards his own step to success! This step is the autonomy to do what we want when we want to.

The consequences of chronic low back pain are numerous: physical, mental, professional ... The therapeutic approach within a pluridisciplinary team is built on the progressions of movement. The reflected combination of expertise accelerates the physiological effects of techniques and a return to the movement necessary for health.

Mathias WILLAME

DU des Pathologies rachidiennes
Kinésithérapie
Ostéopathie
Espace Physioperf
Nîmes (30)

MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Bouger ► Kinésiophobie ► Lombalgie chronique
► Plaisir ► Pluridisciplinaire

► Move ► Fear of movement ► Chronic back pain ► Pleasure
► Pluridisciplinary

F ymoyer et Casts-Baril, en 1991, mettent en évidence que 80 % de la population sera sujet à au moins un lumbago au cours de sa vie. Dans 80% des cas, le patient est auto-guéri entre 4 et 8 semaines sans aucun traitement associé. Mais, dans 10 % des cas, le patient devient lombalgique chronique (douleur lombaire supérieure à 3 mois). Le parcours de soin est plus long et les conséquences peuvent être beaucoup plus importantes : absence de reprise du travail, troubles psycho-sociaux... Actuellement, ces prises en charge représentent entre 70 et 90 % des coûts de la pathologie du rachis.

Toutes les études actuelles montrent l'importance, dans le traitement des lombalgiques, d'une reprise précoce du mouvement ; plus on attend, plus celle-ci est difficile. Pour y répondre, des unités de prise en charge pluridisciplinaires ont été créées au sein de CHU, comme celle de Nîmes, née sous l'impulsion du Pr A. Dupeyron, et qui se donne comme objectif « des programmes de une à 3 semaines pour réapprendre à bouger ».

Cependant, une fois sorti du service, il est important que le patient puisse poursuivre cette approche. Le Pr A. Dupeyron le formule en ces termes : « Nous sommes une solution de recours. Notre objectif est d'accueillir les patients les plus complexes. Avoir accès à un centre de rééducation hospitalier, alors que la situation peut être réglée effi-

cacement en ville, n'a aucun sens. Nos programmes multidisciplinaires n'ont alors aucune valeur ajoutée. À l'hôpital, notre rôle est de donner un avis spécialisé sur une pathologie résistante et d'adresser le patient au bon praticien, avec un bon programme, pour qu'il n'erre pas pendant des mois, voire des années, dans l'attente d'un diagnostic ou d'un traitement. ». Il n'y a alors pas de concurrence entre le CHU de Nîmes et les cabinets libéraux.

C'est dans cette perspective et cette démarche que s'inscrit l'équipe mise en place au sein du cabinet, composée de 4 kinésithérapeutes, de 4 préparateurs physiques, une diététicienne et 2 secrétaires. Notre staff travaille ensemble autour du patient, se réunit 2 fois par semaine pour adapter les traitements. Plutôt qu'une présentation théorique, purement formelle, il m'a paru bien plus intéressant de la présenter « à l'œuvre » pourrait-on dire, à travers l'histoire particulièrement significative d'une patiente lombalgique chronique depuis 3 ans, Mme B.

Mme B

Voici comment Mme B s'est présentée lorsqu'elle est arrivée au cabinet :

« J'ai 42 ans et je ne peux plus marcher. C'est facile à dire mais plus difficile à vivre. J'ai 4 hernies discales, je suis sous cortisone depuis un an, j'ai fait 3 infiltra-

L'auteur déclare ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

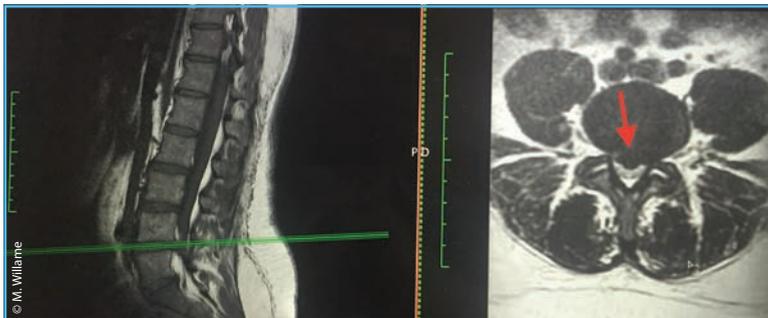
tions en 4 mois et, pour pouvoir marcher et travailler, je fais 3 piqûres de myorelaxant par jour. Je ne parle pas de ma posture car je ressemble à une petite vieille toute bossue. Mais ce n'est qu'un détail. J'ai un mari qui, heureusement, m'aime et me supporte, et 2 enfants que j'essaie de préserver le plus possible mais, qui me l'avoueront plus tard, ont aussi bien souffert de la situation. Pendant un an, j'ai tout fait pour ne rien laisser paraître mais, pendant l'été 2015, je suis arrivée au bout de ce que je pouvais supporter. J'en arrive à refuser des invitations et je suis même incapable de sortir de voiture pour rentrer dans un centre commercial et faire du shopping. Plus rien ne me fait plaisir et, surtout, je n'ai plus aucun plaisir.

J'en suis à un tel point que j'attends avec impatience d'en arriver au moment fatidique qui consisterait à me faire opérer. ».

La douleur, l'ignorance, les fausses croyances induisent chez les patients un nouveau rythme de vie qui conduit en moins d'un mois à un déconditionnement à l'effort, en 3 mois à un passage à la chronicité avec les premiers retentissements socio-professionnels [1].

■ L'imagerie

Elle est souvent une source d'angoisse pour les patients qui assimilent fréquemment les conclusions à un risque opératoire. Celle-ci nécessite d'être commentée, expliquée au patient. Dans le cas de Mme B, l'IRM met en évidence une discopathie marquée sur 3 étages, une hernie médiane en L5-S1 sans conflit de la racine (fig. 1). Ce tableau n'est pas favorable à une chirurgie en premier acte. Il est donc important de pouvoir échanger avec les différents acteurs sur ce support de diagnostic.



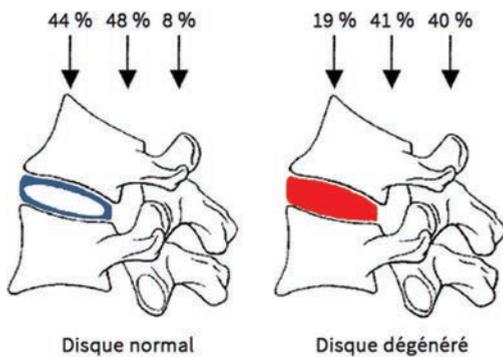
► Figure 1

IRM de Mme B

Discopathie, arthrose des articulaires postérieurs et hernie médiane sans conflit radiculaire

■ La dégénérescence des disques intervertébraux

Elle engendre une perte de hauteur. Celle-ci n'est pas fonction de l'âge (fig. 2). On a un raccourcisse-



Un vieux disque ne veut pas dire douleur mais la dégénérescence structurale s'accompagne souvent de douleur par une modification de la biomécanique de l'unité vertébrale fonctionnelle

DR

► Figure 2

Dégénérescence discale

ment du ligament jaune riche en élastine qui, par son relâchement, induit une diminution du canal rachidien et, à long terme, un canal lombaire acquis. Une perte de mobilité des unités vertébrales diminue la stimulation des muscles profonds (interépineux, intertransversaire, longitimus...) et la qualité du *Core stability* (contrôle lombo-pelvi-fémoral).

■ Les muscles

Avec l'inactivité, ils perdent rapidement en trophicité, souplesse, force, endurance, contractilité. Au niveau du tronc, il faut différencier les muscles toniques, posturaux, endurants et les muscles phasiques, dynamiques [3].

■ Les phénomènes douloureux

Ils induisent une perte de motivation, simple au début, et qui progressivement augmente. Après plusieurs semaines, les patients peuvent présenter des tableaux psycho-sociaux compliqués et la naissance de comportement d'évitement [4]. Toutefois, il est important de rechercher d'éventuels problèmes au travail : de nombreuses études en ont montré l'impact dans l'installation des douleurs lombaires et leur évolution vers la chronicité (fig. 3).

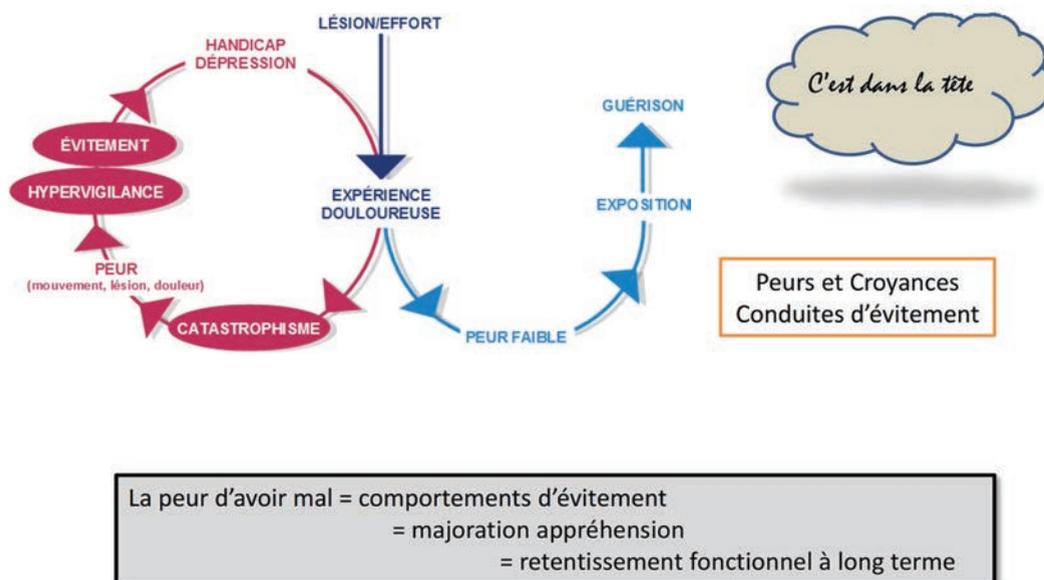
■ Les recherches actuelles

Elles montrent qu'au déconditionnement physique s'ajoute un déconditionnement au niveau du cerveau, avec une modification de la substance grise, au niveau du cortex préfrontal, pour les patients souffrant depuis plus d'un an. Oui : le mal de dos est dans la tête car il perturbe assez rapidement le bon fonctionnement du SNC. H. Tsao, M.P. Galéa et P.W. Hodges, en 2008, montrent une réorganisation du cortex moteur associée à un déficit de contrôle postural dans la lombalgie chronique (fig. 4).

■ La typologie des patients

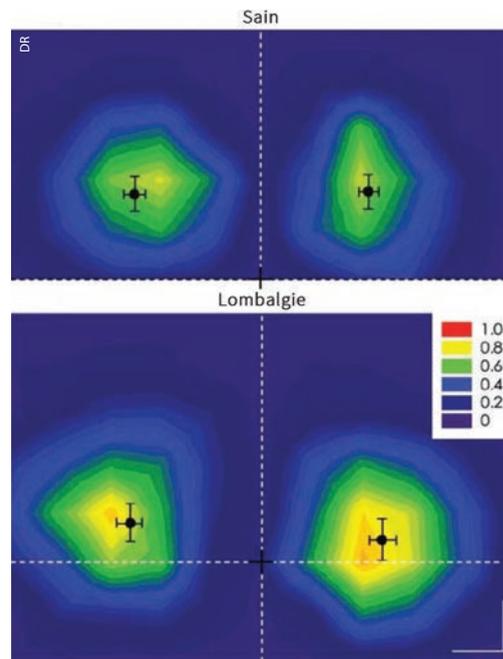
On comprend bien alors par cet exemple toute la complexité de la prise en charge des patients lombalgiques et l'importance du bilan. En libéral, on reçoit trois types de patients :

1. Ceux qui souffrent d'un lumbago aigu. Il est important, en plus de des soins thérapeutiques mis en œuvre, de tenir un discours positif et compris par le patient concernant les maux dont il souffre, ainsi que les modalités de leur prise en charge. L'enjeu est de ne pas les laisser s'installer dans un comportement qui peut conduire à une évolution vers la chronicité.



► Figure 3

Passage à la chronicité de la lombalgie illustrée par le modèle de la peur liée à la douleur
Le comportement d'évitement majore l'appréhension avec un retentissement fonctionnel à long terme [13]



► **Figure 4**

Effet de la douleur sur le contrôle moteur
Activité de l'abdominal transverse mesuré par EMG,
et représentation corticale mesurée par stimulation
magnétique transcranienne,
d'après Tsao *et al.*, 2008

2. Après plusieurs semaines, ceux qui décrivent une faible amélioration mais qui présentent toujours des douleurs et commencent à être gênés dans leurs gestes quotidiens. Souvent accompagnés d'un bilan imagerie, ces patients additionnent un déconditionnement physique et des fausses croyances encrées par une imagerie dite « positive ». C'est le début de la chronicité.
3. Les lombalgiques chroniques depuis plusieurs mois qui après un passage en centre de rééducation, sortent d'un programme d'éducation thérapeutique soutenu de 2 à 6 semaines en fonction des lieux et qui, une fois rentrés chez eux, se sentent « abandonnés ». Il est important de répondre au plus vite et de prolonger la prise en charge pour un retour à l'autonomie.

■ Mme B

« Fin août, je suis au bout du rouleau. Une amie proche me conseille de prendre rendez-vous à Nîmes, chez son kiné, qui a mis en place une structure novatrice, pluridisciplinaire, qu'elle a expérimentée et grâce à laquelle elle a pu surmonter la pathologie dont elle souffrait.

Lors de la prise de rendez-vous, le kiné en question m'a demandé d'apporter, en plus de mes examens médicaux, mes affaires de gym. Je suis un peu dubitative : se rend-il compte que je ne peux même plus attacher mes chaussures et que c'est mon fils qui m'aide à les mettre tous les matins ?

Au vu de mes examens médicaux, M. Willame m'annonce qu'il n'y a rien de grave et, qu'après un test sportif, il va discuter avec moi des solutions qu'il envisage. Se moque-t-il de moi ? Quoi qu'il en soit, me voilà partie pour une heure de tests avec un kinésithérapeute collaborateur de M. Willame, et avec le préparateur physique. À l'issue de cela, le verdict tombe : « Mme B, vous n'avez rien qui vous empêche de marcher et de vivre normalement. » Est-ce bien vrai ? ».

Pour de nombreux patients comme Mme B, les prises en charge « uni-professionnelles » montrent leurs limites. Seul le praticien est démuni devant les différents points à prendre en charge dans la lombalgie chronique. De nombreuses études démontre la valeur ajoutée des prises en charge pluridisciplinaires pour remettre les patients en mouvement. Bouger, oui ! Mais comment ? Quel rôle joue le kinésithérapeute dans une prise en charge de ce type ?

UN EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE EN VILLE

■ Première étape : bilan kinésithérapique et dynamique du patient lombalgie

Lors de ce premier rendez-vous, on explique au patient sa pathologie afin qu'il comprenne pourquoi il souffre et son traitement. On tente de définir les problématiques ainsi que les besoins thérapeutiques associés à la pathologie. C'est le lien de communication indispensable aux différents experts qui interviennent dans la prise en charge.

Les points importants sont de :

- mettre en évidence le mode de vie du patient, ce qui nous informe sur les contraintes supportées par son dos et, plus globalement, sur son corps et sur son esprit ;

Rachis lombaire dégénératif

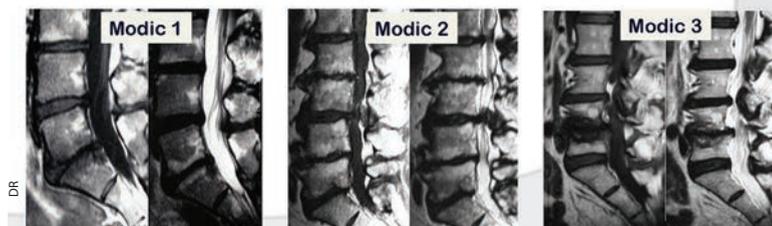
IRM

- MODIC 1: discopathie avec un œdème sous chondral souvent observé chez les patients symptomatiques présentant des phénomènes d'instabilité segmentaire ou une hypersollicitation mécanique de compensation
- MODIC 2: lipomatose sous chondrale plus souvent observé chez les patients asymptomatiques



HIZ

Modic MT. Radiology 1988;166(1):193-9



► Figure 5

La classification de Modic en IRM du rachis lombaire est une classification des modifications des plateaux vertébraux associées à la dégénérescence discale

- définir les objectifs du patient, ce qui est indispensable pour pouvoir proposer, lors de la synthèse, une prise en charge adaptée et personnalisée ;

- interpréter les images : IRM avec la recherche des Modic 1 ou 2 (fig. 5), scanner, EOS, radiographie avec les mesures des paramètres rachidiens. On ne soigne pas des images mais elles nous aident à mieux comprendre les contraintes biomécaniques ;

- mesurer les paramètres de la posture souvent modifiée dans le plan sagittal :

- l'hypoextensibilité de la chaîne postérieure (mollets, ischio-jambiers...) qui reporte les appuis sur les talons avec une projection du tronc ou de la tête en avant (fig. 6) ;

- pour les patients qui souffrent depuis plusieurs mois, on retrouve souvent une perte relative, voire fixée, de la réserve active d'extension de hanche par un flessum qui peut être objectivé par une imagerie EOS. Attention : celle-ci s'accompagne d'une modification des courbures rachidiennes dans le plan sagittal ;

- écarter des drapeaux Jaunes et Rouges (fig. 7, page suivante) ;

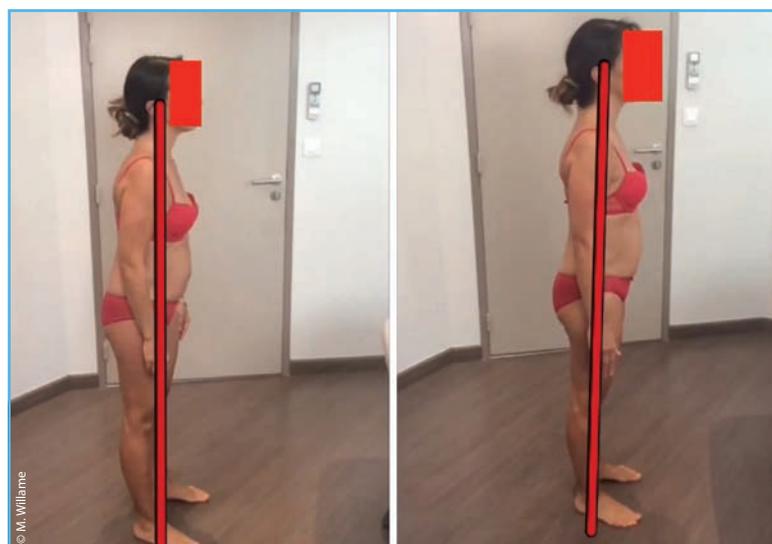
- évaluer la kinésiophobie et les incidences psychologiques pour le patient et, parfois, l'entourage ;

- obtenir, au travers des questionnaires algo-fonctionnels, une information sur les incidences du mal de dos : au travail par exemple, avec le test FABQ, et dans la vie personnelle pour l'échelle de Tampas. On a également une meilleure compréhension de la pathologie [5].

- évaluer les limitations articulaires : en utilisant l'Étoile de Maigne Lesage, on recherche les mobilités dans tous les plans des unités fonctionnelles dorso-lombaires. On mesure par le test de Shobert la mobilité lombaire mais il faut parfois évaluer les différentes unités vertébrales, comme la charnière thoraco-lombaire (T11-L1) qui assure la plus grande mobilité du tronc en rotation. On pensera à l'insertion du ligament de Tretz sur le corps T12 qui soutient le duodénum ; les troubles digestifs peuvent augmenter sa tension et diminuer la mobilité de cette unité fonctionnelle à l'origine de névralgies ;

- tester les qualités musculaires :

- analytiques du complexe lombo-pelvi-fémoral et des membres inférieurs. Il faut évaluer



► Figure 6

Bilan de l'équilibre sagittal et prise de conscience de la posture corrigée lors du bilan
Moment important, car on crée chez le patient un premier sentiment positif

la trophicité, l'extensibilité, la contractilité des muscles qui composent le caisson abdominal, sans oublier le périnée et le diaphragme (fig. 8, page 41) ;

- la trophicité, l'extensibilité, la force et l'endurance des muscles des membres. Le rapport agoniste/antagoniste des différents groupes musculaires est important. En jouant sur les principes d'innervation réciproque de Sherrington, on favorise le relâchement et on limite les contraintes ostéo-articulaires ;

- tester les qualités proprioceptives des membres, notamment des pieds, chevilles et genoux :

- l'observation des éventuelles atteintes musculosquelettiques des avant-pieds, riches en



Éliminer ce qui n'est pas une lombalgie commune

Les « drapeaux rouges » : indicateurs d'une éventuelle gravité de la lombalgie

- Âge (moins de 20 ans, ou premier épisode après 55 ans)
- Traumatisme important
- Syndrome infectieux, fièvre, frissons
- Traitements corticoïdes prolongés
- Altération de l'état général
- Histoire ou suspicion de cancer, VIH-Sida, autre pathologie profonde
- Douleur qui augmente progressivement, non mécanique
- Douleur augmentée en position couchée sur le dos et mal localisée, signes de compression nerveuse (sciatique, paralysie sphinctérienne...)



Détecter les facteurs de chronicité

Les « drapeaux jaunes » : diagnostic

Psycho-comportementaux

- Dépression, anxiété, stress, isolement, pas de soutien familial...
- Fausses croyances sur le mal de dos : grave, forcément handicapant, le repos est bénéfique, l'activité physique est dangereuse)
- La peur de bouger, la peur de se faire mal
- Attentes excessives des traitements, attitude passive/maladie

Professionnels

- Insatisfaction au travail, tâches physiques lourdes, absence d'adaptation
- Faible soutien, stress, difficultés au travail, **appréhension du retour au travail**
- Conflits pour l'indemnisation d'une pathologie vécues comme professionnelle

Cliniques

- Antécédents de lombalgie, l'intensité de la douleur, impact fonctionnel majeur de la douleur, arrêt maladie prolongé

► Figure 7

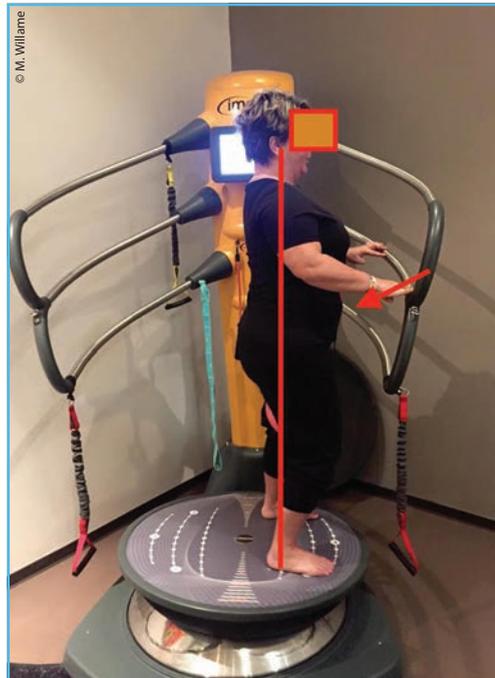
Identifier les drapeaux
Rouges éliminent ce qui n'est pas de la lombalgie commune
Jaunes détectent les facteurs de chronicité

capteurs posturaux, est importante. Ils informent le SNC qui répond par une contraction des érecteurs du rachis. Souvent, une collaboration avec les podologues est à envisager pour optimiser le contrôle neuromoteur ;

- les genoux, quant à eux, jouent le rôle d'amortisseurs des contraintes venant du sol. Plusieurs études ont mis en évidence qu'une faiblesse majeure a des répercussions sur la qualité du concept du *Core stability* [6] ;
- évaluer le contrôle neuromoteur lombo-pelvi-fémoral, ou *Core stability*, décrit par Panjabi en 1992, et qui apparaît comme l'élément indispensable à la lutte contre les douleurs lombaires. Son évaluation et sa prise en charge sont primordiales. Plusieurs études ont montré qu'il y a :
 - une anticipation de la contraction de l'abdominal transverse chez le sujet sain mais pas chez le lombalgique [7] ;
 - un délai d'activation simultanée des muscles qui est augmenté chez le lombalgique, ce qui accentue le risque des contraintes mécaniques ;
 - en flexion du tronc, on observe une relaxation paradoxale, en fin d'amplitude de flexion, des muscles profonds, par la mise en tension du fascia superficiel postérieur chez le sujet sain. Chez le lombalgique, l'absence de mouvement engendre une perte de souplesse de ce fascia. Lors de la flexion du tronc, de sa mise en tension, perturbe l'information envoyée au SNC qui répond par une accentuation de la contraction des muscles profonds du rachis, augmentant les contraintes en compression sur les unités vertébrales fonctionnelles, et créant un message anxiogène.

Le kinésithérapeute, par son bilan, propose une solution et établit un contrat avec le patient. Le projet thérapeutique est présenté, expliqué au patient. Il fait ou non intervenir différents experts en fonction des problématiques pour aider le patient à atteindre son objectif et retrouver son autonomie.

Par la mise en œuvre du contrat, le kinésithérapeute coordonne la prise en charge entre les médecins par l'envoi du bilan, les différents membres de l'équipe (APA, coach, kinésithérapeute, ostéopathe, diététicien) et la famille. La sensation d'être encadré, d'être au centre, est importante pour le patient.



► Figure 8

Séance Imoove pour Mme B

En fonction du bilan, nos prises en charge associent ou non différentes techniques et experts au travers :

■ Des soins manuels (kinésithérapie, ostéopathie...)

- Antalgiques décontracturants, comme le massage manuel, ou des étirements, des mobilisations, permettent au patient de pratiquer sans crainte les exercices proposés par la suite dans le même esprit que les soins d'avant match dans les vestiaires !
- Parfois, on peut les placer après la séance de rééducation ou d'activité physique. C'est alors un temps de récupération et de débriefing avec le patient durant lequel nous faisons passer des messages positifs : prise de conscience des progrès, plaisir d'avoir réalisé la séance, regard sur soi...

■ De la rééducation fonctionnelle

Toujours dynamique, elle prépare le passage vers la préparation physique [8]. Elle est « analytique » ou « globale ». Elle est toujours encadrée par un kinésithérapeute, avec des objectifs généraux, dont :

- un éveil de l'ensemble des muscles du *Core stability*. Une prise de conscience par le patient de la mise en jeu de son muscle transverse de l'abdomen, décrit comme starter du *Core stability*, dans les différentes positions fonctionnelles et très souvent oublié ;
- la mise en jeu efficace du diaphragme, fréquemment « bloqué » dans le secteur inspiratoire en raison de la douleur par la respiration [9]. Les premières respirations à grande amplitude favorisent la mobilité rachidienne lombaire, créant chez le patient des sensations qu'il faut parfois expliquer, ceci afin d'éviter de renforcer un sentiment kinésiophobique ;
- améliorer la mobilité des hanches, du rachis dorso-lombaire par des exercices sur ballon, des mobilisations active. Il faut retrouver un maximum de réserve d'extension active de hanche, nécessaire pour une marche correcte, le tout avec une mise en jeu du *Core stability* [10] ;
- prendre conscience de la verticalité active et de la mise en jeu, en synergie, des muscles qui la permettent : fessiers, transverse de l'abdomen, érecteurs du rachis, stabilisateurs des omoplates, rotateur externe des épaules... (cf. fig. 6) ;
- améliorer l'extensibilité des mollets, des ischio-jambiers, des pelvis trochantériens et des érecteurs du rachis. Il est important de conserver une élasticité d'environ 30 % afin d'optimiser la contraction musculaire, la récupération, leur assurant ainsi une bonne trophicité.

■ La préparation physique généralisée et la réathlétisation fonctionnelle [11]

Reprendre le travail, une activité physique de loisir ou en compétition, nécessite des qualités physiques qui peuvent avoir été diminuées après une période plus ou moins longue d'arrêt. En fonction de chaque individu, les qualités physiques nécessaires seront différentes (un maçon, une secrétaire, un golfeur ou un joueur de squash n'ont pas les mêmes besoins), mais l'ensemble des muscles devra retrouver ses qualités propres, et ce domaine appartient aux préparateurs physiques.

- L'évaluation des groupes musculaires lors du bilan a validé l'intérêt de la préparation physique comme outil thérapeutique et, lors de cette étape, le rôle du kinésithérapeute est important pour éviter toute rechute et accompagner

le patient dans sa reprise. Par exemple, dans le cas de Mme B, le bilan avait mis en évidence les faiblesses en endurance de différents groupes musculaires, qui se caractérisent par la faculté de l'organisme à maintenir une intensité donnée en fonction du temps. Pour cela, on utilise des séries dites « longues » afin de préparer le complexe musculo-squelettique à fournir un effort de longue durée (exemple : conservation de la posture au quotidien) :

- séries : 3 à 5 ;
- répétitions : 15 + ;
- récupération : 30 à 60 s.

Dans le cadre du cabinet, tous les protocoles sont personnalisés et la personne est coachée en permanence.

- Prendre du plaisir, avoir conscience des progrès et de son potentiel acquis par la réathlétisation fonctionnelle, réalisée sur deux postes :

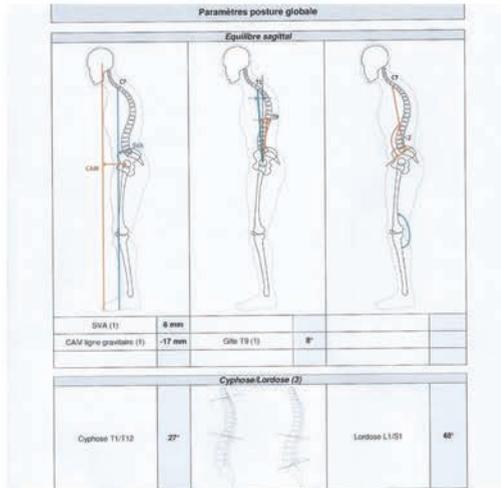
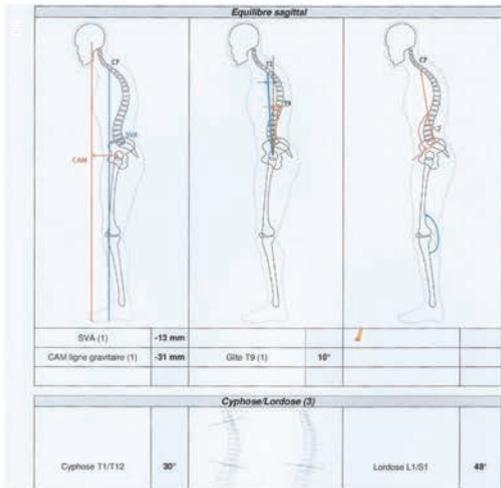
- en séances extérieures au cours desquelles les patients sont suivis par un coach ou un professeur d'activité physique adapté (APA, dont le rôle est d'adapter l'activité physique, à la différence du préparateur physique universitaire qui agit sur le muscle proprement dit). Le patient retrouve alors, par l'activité, de la confiance et valide ainsi une démarche vers l'autonomie. Le kinésithérapeute, à travers les soins sur table, poursuit son rôle de coordination et vérifie, grâce au langage du corps et au retour du patient, l'impact positif ;

- l'utilisation du plateau dynamique Imoove contribue, grâce à un bilan que nous avons construit en collaboration avec l'équipe du Pr Dupeyron, à assurer le suivi de nos patients. On propose aussi un travail neuromoteur du *Core stability*, encadré par les préparateurs physiques, pour redonner au patient l'ensemble des qualités nécessaires au maintien de son équilibre postural (force, endurance, coordination...) lors d'un travail fonctionnel [12].

Mme B :

« *Tout n'a pas été facile, et voilà le récit de mes « stages » qui ont lieu une fois par mois :*

J'arrive le jeudi à 11 heures. Là, j'ai droit à mon premier massage, et quel massage ! En profondeur comme dit mon kiné, comme ceux des grands sportifs ! Je ressors avec des bleus énormes sur tout le corps ! Je rentre aussitôt à l'hôtel pour me coucher car je suis déjà épuisée.

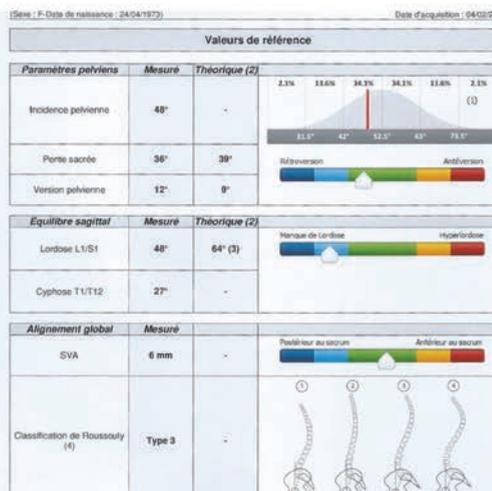
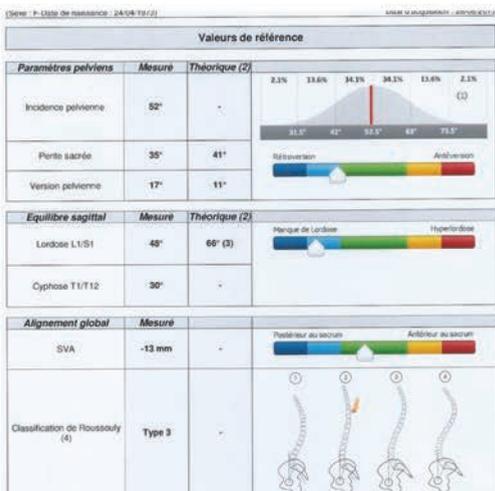


F-Date de naissance : 24/04/1973)

(Sexe : F-Date de naissance : 24/04/1973)

Paramètre	
Equilibre sagittal (1)	Valeur
Cyphose T1/T12	38°
Cyphose T4/T12	21°
Lordose L1/L5	37°
Lordose L1/S1	47°

Paramètre	
Equilibre sagittal (1)	Valeur
Cyphose T1/T12	28°
Cyphose T4/T12	29°
Lordose L1/L5	36°
Lordose L1/S1	46°



► Figure 9

Bilan EOS 2015 et 2016 pour Mme B

Prise en charge pluridisciplinaire des pathologies chroniques rachidiennes de l'hôpital au secteur libéral : intérêts et mise en pratique

Je recommence l'après-midi avec un massage « décontractant », une séance d'I'moove avec un préparateur physique, séance très éprouvante car la posture que je suis sensée avoir est à l'opposé de celle dans laquelle je me sens le mieux. Il faudra attendre de longs mois de travail avant que je puisse ressentir la position dans laquelle mon corps est droit.

La journée du jeudi se termine par un massage relaxant et, souvent, une séance d'électro-stimulation de récupération des jambes.

Le vendredi, après une longue nuit de sommeil, massage suivi de la séance de sport : respiration, petits abdos, mini parcours de préparation physique... Puis, nouvelle séance d'I'moove suivie d'un nouveau massage.

Le samedi matin : une heure de sport et un massage, qui me permettront de tenir jusqu'au prochain stage. Je l'ai dit : tout n'a pas été facile. Bien au contraire. Surtout au début ! Parfois ça passe, parfois ça casse : je me bloque à nouveau ! Incapable de bouger ! Monsieur Willame doit me débloquer... Mais malgré les découragements que je peux ressentir dans ces moments-là et la douleur qui persiste, je persévère car j'ai confiance. Ainsi, peu à peu, je vais réapprendre à marcher, avec élastiques au pied et bâton de ski ! 6 mois plus tard, je peux dire que tout va bien, les résultats sont là objectif par un EOS de contrôle (fig. 9). Je sais que, toute ma vie, mon dos aura une pathologie particulière mais ces « stages », bien que contraignants, me permettent à l'heure actuelle de vivre comme tout le monde. ».

CONCLUSION

Après 5 ans de pratique, la « complémentarité » entre ville et hôpital contribue, grâce à nos échanges, de proposer au patient une autre forme de prise en charge, en particulier dans le cas des lombalgies chroniques, pour lesquelles « nous devons porter les mêmes messages et être cohérents dans nos programmes ».

Le patient atteint de lombalgie chronique développe avec le temps des facteurs comportementaux et psychologiques qui exacerbent la douleur. C'est par des techniques simples de soins, des exercices en charge progressifs, et de la préparation physique pour reconstruire les masses musculaires, que la sensibilité périphérique et centrale vont diminuer. Nous allons restaurer les représentations corticales.

Les recherches actuelles ouvrent des perspectives que, par le mouvement, on pourrait modifier la plasticité corticale et le programme moteur douloureux.

Il est important d'insister sur ce type de prise en charge pluridisciplinaire : on n'enlève pas la douleur, on apprend au patient à la gérer, et on lui permet de retrouver le chemin « de sa vie » et du plaisir. ✕



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hodges PW, Cresswell AG, Thorstenson A. Perturbed upper limb movements cause short-latency postural responses in trunk muscles. *Exp Brain Res* 2001;138:243-50.
- [2] Claus AP, Moseley GL, Hodges PW. Different ways to balance the spine: Subtle changes in the curves of sagittal spinal affect regional muscle activity. *Spine* 2009;34:E208-14.
- [3] Julia M, Dupeyron A, Perrey S, Hérisson Ch. *La stabilisation lombopelvienne. Du gainage au concept de Core stability*. Sauramps Médical, 2014 : 135-45.
- [4] Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain, a state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
- [5] Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;53:157-68.
- [6] Hodges PW, Richardson CA. Delayed Postural contraction of transversus abdominis in low back pain associated with movement of the lower limb. *J Spinal Disord* 1998;11:46-56.
- [7] Hodges PW, Richardson CA. Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain. A motor control evaluation of abdominal transverse. *Spine* 1996;21:2640-50.
- [8] Radziszewski KR. Physical exercise in the treatment of patients with lumbar disc disease. *Orthop Traumatol Rehabil* 2007;9:98-106.
- [9] Shirley D, Hodges PW, Eriksson AE, Gandevia SC. Spinal stiffness changes throughout the respiratory cycle. *J Appl Physiol* 2003;95:1467-75.
- [10] Lejkowski PM, Poulsen E. Elimination of chronic intermittent back pain following an amateur golfer in improving range of hip movement disorders. *J Body Mov Ther* 2013;17:448-52.
- [11] Gordon R, Bloxham S. A systematic review of the effects of exercise and physical activity on non-specific chronic low back pain. *Healthcare [Basel]* 2016;4(2):22.
- [12] Julia M, Dupeyron A, Perrey S, Hérisson Ch. *La stabilisation lombopelvienne : effets des plateaux dynamiques*. Sauramps Médical, 2014.
- [13] Verbunt JA, Seelen HA, Vlaeyen JW, van de Heijden GJ, Heuts PH, Pons K, Knottnerus JA. Disuse and deconditioning in chronic low back pain: Concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *J Pain* 2003;7(1):9-21