

# Les lombalgies et la kinésithérapie

## *Low back pain and the physical therapy*

**K. Van Loon, S. Wemaere, F. Souhail et L. Mammerick**

Service de Kinésithérapie, H.I.S, Site Etterbeek-Ixelles, U.L.B.

### RESUME

*Parmi les traitements des affections locomotrices, la prise en charge des lombalgies par le kinésithérapeute est sans doute celle qui a le plus évolué ces dernières années.*

*De 40 à 45 % de la population belge adulte déclare avoir eu, au cours des six derniers mois, un épisode douloureux au dos. Entre 85 à 95 % des ces lombalgies sont des lombalgies communes aspécifiques sans étiologie précise et sans signe de gravité.*

*La littérature a mis en évidence l'importance d'une rééducation dynamique et active pour refunctionaliser et améliorer la condition physique des patients lombalgiques.*

*Nous développerons le protocole de prise en charge kinésithérapique tel que conçu par le Service de Kinésithérapie du H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles et réalisable également en cabinet privé.*

*Cette prise en charge s'articule sur trois volets : la kinésithérapie analytique, individuelle pendant la phase aiguë ; l'amélioration gestuelle du patient lombalgique (notion d'ergonomie, manutention de charges), dès que les fortes douleurs ont diminué ; le reconditionnement physique du patient, pendant quatre à six semaines, en parallèle avec l'éducation gestuelle.*

*Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 215-8*

### ABSTRACT

*Among treatments of locomotive affections, low back pain is the pathology for which the treatment has evolved the most in the last few years.*

*Between 40 and 45 % of the Belgian population declares having had a low back pain crisis during the last six months. Between 85 and 95 % from those low back pains are ordinary low back pain without specific cause and without sign of seriousness.*

*Literature demonstrated the importance of dynamic and active rehabilitation in the therapeutic management of low back pain to improve the physical condition of those patients.*

*We will explain the therapeutic protocol conceived by the department of physical therapy from H.I.S., Etterbeek-Ixelles Hospital, which is also easy to apply at private consulting-rooms.*

*This therapeutic procedure is developed around three facets : analytic physiotherapy, on an individual basis during the acute stage ; gestural improvement of the patient (notions of ergonomics, lifting techniques) as soon as the intense pain has decreased ; exercises and physical training, during 4 to 6 weeks, together with more ergonomics activities.*

*Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 215-8*

*Key words : low back pain, back school, physical training, prevention, ergonomics*

### INTRODUCTION

Parmi les traitements des affections locomotrices, la prise en charge des lombalgies par le kinésithérapeute est sans doute celle qui a le plus évolué ces dernières années.

De 40 à 45 % de la population belge adulte déclare avoir eu, au cours des six derniers mois, un épisode douloureux au dos. Entre 85 à 95 % des ces lombalgies sont des lombalgies communes aspécifiques sans étiologie précise et sans signe de gravité.

Quel que soit le contexte d'apparition, la lombalgie exprime un tableau de contractures musculaires, de douleur, de limitation fonctionnelle. La lombalgie se caractérise par un " syndrome de déconditionnement physique et psychosocial "1.

Le kinésithérapeute a donc un rôle important à jouer dans le reconditionnement des patients lombalgiques.

Il n'est à l'heure actuelle plus question de laisser ces patients au fond du lit pendant des jours et des

semaines. Les conclusions de plusieurs études randomisées chez des patients lombalgiques aigus ou chroniques montrent qu'un alitement de 2 à 7 jours donne de moins bons résultats en matière de douleur, de délai de guérison que le maintien d'activités légères non douloureuses<sup>2-4</sup>.

Les objectifs principaux du traitement kinésithérapique sont :

- la diminution de la douleur ;
- la détente musculaire ;
- le renforcement musculaire et la reprise la plus précoce possible de l'activité physique ;
- l'éducation gestuelle et posturale, l'apprentissage de la manutention de charges ;
- aider le patient à retrouver confiance en ses possibilités.

Afin d'atteindre ces objectifs, la prise en charge par le kinésithérapeute s'articule sur trois volets :

- la kinésithérapie analytique, individuelle pendant la phase aiguë ;
- l'amélioration gestuelle du patient lombalgique (notion d'ergonomie, manutention de charges), dès que les fortes douleurs ont diminué ;
- le reconditionnement physique du patient, pendant quatre à six semaines, en parallèle avec l'éducation gestuelle, afin d'assurer une amélioration durable de son état.

## DESCRIPTION DU PROGRAMME DE KINESITHERAPIE

### La kinésithérapie analytique

- Récupération de la mobilité de la colonne : travail essentiellement en décharge, colonne horizontale (en couché latéral, à quatre pattes).
- Ouverture des surfaces articulaires et niveaux de disques pincés par exemple par des techniques de type Sohier.
- Récupération de la mobilité et rééquilibrage lombosacré, sacro-pelvien, et coxo-fémoral.
- Apprentissage du verrouillage lombaire.
- Recherche des positions antalgiques.
- Détente des contractures musculaires (carré des lombes, muscles profonds du rachis, pelvi-trochantériens, psoas, etc.).
- Traitements par physiothérapie :
  - TENS (neurostimulation transcutanée) 1 Hz à visée décontracturante,
  - TENS endorphinique à visée antalgique.
- Eventuellement, relaxation.

Ces différentes techniques permettent de gérer les phases aiguës ; elles sont essentiellement utilisées les premiers jours, en complément à un traitement médicamenteux mais peuvent aussi venir occasionnellement compléter les phases suivantes de la rééducation.

Si l'on s'en tient à cette première étape du traitement, le patient verra sa douleur diminuée mais il y

a de fortes chances qu'il récidive.

## Amélioration du comportement gestuel du patient lombalgique

Un comportement gestuel de mauvaise qualité est identifié comme facteur de risque de la lombalgie commune entraînant des contraintes mécaniques excessives, inadaptées et donc des micro-traumatismes répétés au niveau de la colonne<sup>5</sup>. Les programmes d'éducation gestuelle favorisent une certaine économie rachidienne, diminuent la fréquence de ces contraintes et donc également les micro-lésions.

Ces programmes d'éducation nous viennent des pays scandinaves et incitent le patient à prendre une part active à sa réhabilitation. Ils peuvent être réalisés en séances individuelles ou collectives et nécessitent très peu de matériel. Nous remarquons toutefois que lors des séances collectives, les contacts entre patients sont très riches et apportent une certaine émulation.

Depuis 1998, la *Belgian Back Society* (anciennement Société belge des écoles du dos)<sup>5</sup> propose un mode d'évaluation standardisé de la gestuelle des patients ainsi que des recommandations pour la prise en charge thérapeutique.

L'évaluation se fait par les bilans suivants :

- l'échelle visuelle analogique (VAS) pour la douleur ;
- le Parcours Test<sup>6</sup> analyse la gestuelle du patient ;
- le questionnaire H.A.D. (traduit en français par la Société française du Rachis) mesure l'état émotionnel du patient (anxiété, dépression)<sup>7</sup> ;
- le questionnaire de Dallas (traduit en français) pour mesurer l'impact de la douleur lombaire sur les activités de la vie quotidienne, sur la sociabilité<sup>8</sup>.

Sur base des recommandations de la *Belgian Back Society*<sup>5</sup>, les matières abordées lors des séances sont les suivantes :

- Enseignement théorique des notions d'anatomie et de biomécanique illustré par de nombreux supports (schémas, films, colonne vertébrale mobile, etc.). Une meilleure compréhension de l'anatomie et du fonctionnement de la colonne vertébrale est importante pour effacer les croyances erronées des patients, sources de craintes ou d'appréhensions<sup>9</sup>.
- Education posturale et gestuelle :
  - maintien des courbures physiologiques
  - position assise corrigée
  - se coucher - se lever d'un lit
  - ramasser un objet au sol
  - mise en situations de la vie quotidienne ou professionnelle (ménage, se brosser les dents, conduire sa voiture, faire ses courses, poste de travail, etc.)
- Optimisation de la manutention de charges :
  - verrouillage lombaire
  - diminuer le bras de levier
  - évaluer le poids de la charge
  - soulever, pousser, tirer une charge.

Lors de ces séances, le rôle du kinésithérapeute est alors un rôle d'enseignant.

### Le reconditionnement physique global du patient

Nous abordons ici le dernier volet de cette prise en charge kinésithérapique. Cette partie de la rééducation, en fonction des éclairages les plus récents, s'avère être la plus importante, en tous les cas si nous voulons limiter ou éviter les récurrences chez les patients et si nous souhaitons vraiment rendre notre patient le plus autonome possible.

Rappelons que le lombalgique (et surtout le lombalgique chronique) s'immobilise dans une situation de piège où par crainte d'une manifestation douloureuse, il bouge de moins en moins et finit par être complètement inhibé d'un point de vue gestuel. Seul, il lui est difficile de vaincre ses craintes, ses appréhensions, par contre "coatché" par un kinésithérapeute (ou une équipe thérapeutique), guidé par un programme de rééducation progressif, il sera rassuré, reprendra confiance en ses possibilités fonctionnelles.

Mais quel programme faut-il proposer et à quelle fréquence ?

En Belgique, le système de sécurité sociale est organisé de telle façon que la majorité des patients sont traités en ambulatoire, en cabinet privé pour la plupart ou aussi dans les polycliniques.

Le protocole de prise en charge que nous avons développé au H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles, s'inspire de la littérature la plus récente en la matière<sup>10-14</sup>.

Les éléments principaux de ce programme sont :

- Etirements des muscles s'insérant sur le bassin, c'est-à-dire essentiellement les muscles psoas iliaques, droit antérieur, ischio-jambiers, adducteurs, carré des lombes, tenseur du *fascia lata*. Après quelques séances d'étirement, ces muscles développent une meilleure tolérance à l'étirement myotendineux et une meilleure trophicité (Figure 1).
- Renforcement musculaire des muscles du tronc, c'est-à-dire les muscles abdominaux (surtout le transverse) et les érecteurs du rachis (muscles des gouttières, multifidus). Ces groupes musculaires sont travaillés en co-contraction de façon à favoriser le travail postural du tronc, améliorer l'efficacité de la stabilité du bassin (verrouillage lombaire) (Figure 2). Deux études<sup>10,11</sup> observent des résultats significatifs après un entraînement de cinq semaines à raison de deux séances par semaine. Le nombre de rechute à un an et à trois ans est limité dans le groupe de patients ayant pratiqué ce type d'entraînement en plus du programme d'éducation gestuelle. Une fois les exercices connus, le patient doit les réaliser chez lui, à raison de deux ou trois séances par semaine. Il est aidé d'un support écrit (photos et explications).
- Entraînement physique :
  - programme de marche (extérieur ou sur tapis roulant) ;
  - cycloergomètre ;
  - natation ou aquagym (enseignée par des kinésithérapeutes ou des moniteurs sensibilisés à la problématique des lombalgies).

Le niveau d'entraînement physique sera adapté



Figure 1 : Etirements des psoas, pelvotrochantériens, ischio-jambiers. Fascicule de l'école du dos, H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles, Service de Kinésithérapie, septembre 2002.



Figure 2 : Renforcement des abdominaux, dorsaux et verrouillage lombaire. Fascicule de l'école du dos, H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles, Service de Kinésithérapie, septembre 2002.

à chaque patient.

## CONCLUSION

A la lumière de la littérature, la prise en charge kinésithérapique des lombalgies se doit d'être active et basée sur une bonne connaissance de la biomécanique lombaire et pelvienne. La période de repos doit être minimum et la remise en condition physique privilégiée. Les récurrences et les répercussions sociales, professionnelles et psychologiques seront ainsi limitées.

Le kinésithérapeute a d'abord un rôle "d'enseignant"; il aide le patient à comprendre, sentir, corriger le fonctionnement de son corps; ensuite il a un rôle "d'entraîneur" en lui proposant une éducation gestuelle et un programme de restauration fonctionnelle.

Le patient, lui, est invité à se prendre en charge, par des modifications à long terme de son mode de vie, et par la reprise d'activités sportives dont les études diverses ont bien montré le caractère réalisable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Vanvelcenaher J, Vanhee JL : Programme de restauration fonctionnelle du rachis dans le cadre des lombalgies chroniques : nouvelle approche thérapeutique. *Rev Med Orthop* 1995 ; 41 : 5-16
2. Evans C, Gilbert JR, Taylor W, Hildebrand A : A randomised controlled trial of flexion exercises, education, and bed rest for patients with acute low back pain. *Physiotherapy Canada* 1987 ; 39 : 96-101
3. Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T et al : The treatment of acute low back pain – bed rest, exercises, or ordinary activity ? *N Engl J Med* 1995 ; 332 : 351-5
4. Abenhaim I, Rossignol M, Valat JP et al : The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on back pain. *Spine* 2000 ; 25 : 1S-33S
5. Henrotin Y et al : Définition, critères de qualité et évaluation d'un programme de type école du dos. Recommandations de la Société belge des écoles du dos (SBED). *Rev Rhum* 2001 ; 68 : 185-91

6. Vanderthommen M, Boulanger AS, Defaweux M, Tomasella M, Crielaard JM : Validation of an evaluation test of activities of daily living behaviour for patients with chronic low back pain. *Ann Readapt Med Phys* 2001 ; 44 : 281-90
7. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempièrière T : Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Ann Med Psychol* 1985 ; 143 : 175-89
8. Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, McCay CE : The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine* 1989 ; 14 : 511-6
9. Waddell G, Somerville D, Menderson I, Newton M, Main CJ : A fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993 ; 52 : 157-8
10. Hides J, Jull G, Richardson C : Long term effects of specific stabilizing exercises for first episode low back pain. *Spine* 2001 ; 11 : E243-8
11. Maher C, Buchbinder R, Hoving J : Specific spinal exercise substantially reduces the risk of low back pain recurrence. *Austr J Phys* 2002 : 48-55
12. Hildebrandt J, Fingster MP, Saur P, Jansen J : Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine* 1997 ; 22 : 990-1001
13. Genêt F, Poiradeau S, Revel M : Etude de l'efficacité et de l'observance à un an d'un programme court de rééducation assorti d'un autoprogramme dans la lombalgie chronique. *Ann Réadapt Med Phys* 2002 ; 45 : 265-72
14. Mendez FJ, Gomez-Conesa A : Postural hygiene program to prevent low back pain. *Spine* 2001 ; 26 : 1280-6

### Correspondance et tirés à part :

K. VAN LOON  
H.I.S, Site Etterbeek-Ixelles  
Service de Kinésithérapie  
Rue Jean Paquot 63  
1050 Bruxelles

Travail reçu le 5 mai 2003 ; accepté dans sa version définitive le 18 juin 2003.