

# E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901  
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne  
41100 NAVEIL**

**Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91**

**E-mail : edcas.41@wanadoo.fr**

**Site Médical et Paramédical : [www.edcas.org](http://www.edcas.org)**

Voici l'ensemble de l'exposé du Professeur Bernard MAZIERES concernant les lombalgies : Mal de dos, mal du siècle.

Vos témoignages peuvent être diffusés et/ou si vous souhaitez voir développer des sujets spécifiques alors merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par écrit.

Vous êtes membres du corps de santé et personnes intéressées par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association soit le moyen de présenter un thème qui vous tient à cœur alors nous sommes à votre écoute.**

Le Président,

**Docteur Pierre BULLE**



*Ce que chacun espère dépend de sa situation réelle tout en sachant tenir compte des souhaits d'autrui sans effectuer des ambages incompatibles engendrant de l'injustice humaine irréparable.*

**Rodolf-Karel CANOY**

## Bulletin Info

### N° 49

### Juillet 2010

**Dans ce numéro :**

<b>Les lombalgies : Mal du dos, mal du siècle !</b>	<b>2</b>
---	----------

<b>Les prochaines réunions</b>	<b>19</b>
------------------------------------	-----------

<b>Les membres du bureau</b>	<b>20</b>
----------------------------------	-----------

<b>Numéros disponibles et à paraître</b>	<b>22</b>
--	-----------

**Professeur Bernard Mazières**

Centre de Rhumatologie, Institut Loco-Moteur des Hôpitaux de Toulouse.

### Synonymes :

Mal de dos  
Mal aux reins  
Lumbago  
Tour de reins  
Blocage (lombaire)

La lombalgie est un symptôme très fréquent, en constante augmentation dans les pays industrialisés. L'origine anatomique et les mécanismes en cause dans la genèse des douleurs lombaires ne sont clairement individualisés que dans moins de 20 % des cas.

Le premier temps de l'évaluation d'une personne qui a mal au dos consiste à éliminer les rares causes bien identifiées qui nécessitent un traitement spécifique (fracture, tumeur, inflammation ou infection). Le deuxième temps de cette évaluation repose sur l'identification précoce des facteurs de risque de chronicité. Dans le cadre des lombalgies dites « communes », la plupart des épisodes aigus (lumbagos) évoluent naturellement vers la guérison en quelques jours à quelques semaines. Le médecin a pour missions de rassurer le patient, de soulager la douleur et de favoriser une reprise rapide des activités quotidiennes, afin d'éviter le passage à la chronicité.

Au stade de lombalgie chronique (plus de 3 mois d'évolution), une approche multifactorielle (évaluations physique, fonctionnelle, socioprofessionnelle, psychologique et éventuellement médico-légale) et une prise charge multidisciplinaire semblent nécessaires. Elles ont pour objectifs ambitieux de contrôler la douleur, d'améliorer les capacités fonctionnelles et de favoriser une réinsertion sociale et professionnelle.

On parle de lombalgie en cas de douleurs de la région lombaire (bas du dos), pouvant irradier dans les fesses ou à la face postérieure des cuisses sans dépasser les genoux.

### La fréquence des lombalgies

Au cours de leur vie 6 à 7 français sur 10 ont, ont eu ou auront mal au dos ; 4 français sur 10 ont, ont eu ou auront mal au dos dans l'année en cours ; et un sur cinq a mal le jour où vous lisez ces lignes. Le nombre de nouveaux cas annuels est de l'ordre de 5 %.

Cette fréquence du mal de dos est en augmentation constante depuis 40 à 50 ans dans tous les pays industrialisés, d'où l'expression « mal du dos, mal du siècle ». Les lombalgies sont particulièrement fréquentes chez l'adulte jeune avec un pic de fréquence vers 40 ans. Cette fréquence diminue ensuite chez l'homme alors que, chez la femme, il existe un nouveau pic de fréquence à partir de la soixantaine du fait de l'ostéoporose post-ménopausique (voir chapitre).

La comparaison avec les pays en voie de développement est intéressante : la fréquence de la lombalgie y est moindre dans les populations rurales malgré les rudes contraintes physiques professionnelles, mais cette fréquence augmente dans ces pays parmi les populations urbanisées. Ceci souligne l'importance des conditions de vie et de travail.

## Les aspects socio-économiques

Dans les pays industrialisés, du fait de la très grande fréquence dans la population générale, le mal au dos est un problème majeur de santé publique. Les dépenses en coûts directs et en pertes de productivité sont énormes.

Les lombalgies représentent 9 % des motifs de consultation du généraliste (2<sup>e</sup> rang) bien que seulement 1/4 des lombalgiques consultent pour leur mal au dos, 7 % des arrêts de travail (bien que seuls 22 % des lombalgiques s'arrêtent pour cela), 8 % des actes de radiologie, 3 % des prescriptions médicamenteuses, 30 % des prescriptions de rééducation et 13 % des invalidités (3<sup>e</sup> cause d'invalidité, 1<sup>e</sup> cause avant 45 ans).

Les coûts médicaux (coûts directs) sont de 1,37 milliards d'euros par an seulement pour le secteur libéral, aux-quels viennent s'ajouter environ 534 millions d'euros annuels d'incapacités temporaires ou définitives.

Les coûts indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de production et pertes d'opportunité d'emploi) représentent 62 à 93 % des coûts totaux des lombalgies. Dans le seul cadre des accidents du travail, 13 % des arrêts (environ 110 000) sont dus, chaque année, à des lombalgies, ce qui correspond à la perte de 3,6 millions de journées de travail. Le coût total de la lombalgie est estimé à 4,5 milliards d'euros en Hollande, 9,1 au Royaume-Uni, 17,4 en Allemagne.

À ces coûts tangibles s'ajoutent les coûts intangibles liés aux conséquences psychologiques et sociales ou à la réduction des capacités physiques des personnes souffrantes.

### Les causes des lombalgies : pour comprendre les lombalgies !

Une lombalgie n'est qu'un symptôme et non une maladie ; à ce titre elle peut recouvrir de nombreuses causes.

La région lombaire est anatomiquement riche et complexe, composée des vertèbres, des disques intervertébraux, des petites articulations postérieures qui relient entre-elles ces vertèbres, de nombreux ligaments qui maintiennent ces vertèbres entre-elles, de multiples tendons et de leurs muscles (profonds et superficiels). La région est richement vascularisée et surtout très richement innervée. Toutes ces structures peuvent être touchées par un processus pathologique et donc être responsables de douleurs

Voir **tableau I** : page suivante.

**Tableau I : Causes certaines ou hypothétiques des lombalgies**

<i>Structure anatomique</i>	<i>Causes possibles</i>
Muscles	Maladies des muscles, traumatismes musculaires
Tendons	Tendinites
Ligaments	Entorses
Articulations interapophysaires postérieures	Inflammation articulaire (spondylarthrite ankylosante) Atteinte dégénérative (arthrose)
Vertèbres (os)	Fracture vertébrale (ostéoporose ou traumatisme) Tumeurs bénignes Tumeurs malignes (primitives ou métastases) Maladie osseuse de Paget Ostéite Infectieuse
Disques intervertébraux	Dégénérescence discale, arthrose discale Hernie discale
Enthèses*	Inflammatoires (spondylarthrite ankylosante) Dégénératives (hyperostose vertébrale ankylosante)
Nerfs	Périphérique : « syndrome des branches postérieures » Radiculaire : sciatique, cruralgie, autres nerfs... Intra-canalaires : tumeurs du fourreau dural, rares épidualites Infectieuses

\* *Enthèse : zone d'insertion des tendons, ligaments ou capsules articulaires dans l'os*

À toutes ces atteintes anatomiques, il convient d'ajouter que la colonne lombaire est un « lieu » d'investissement psychique important et donc une région de « somatisation » (dépression, conversion hystérique). On suppose que les douleurs lombaires sont alors un dérivatif qui aide à oublier ou à supporter la détresse psychique.

**Cette multitude de causes des lombalgies, de gravité, de pronostic et de traitement très différents, ne doit pas cacher cinq réalités médicales :**

Les moyens d'investigations sont limités et radiographies, tomodensitométrie (scanner), IRM, scintigraphie osseuse, électromyographie, ostéodensitométrie, ne pourront détecter que certaines de ces causes (infections et tumeurs osseuses, hernie discale, arthrose, rhumatismes inflammatoires évolués, radiculite, maladie de Paget, hyperostose vertébrale, tumeurs nerveuses, ostéoporose, ...) alors que d'autres sont indétectables (tendinites, atteintes ligamentaires et musculaires) et donc ne sont que vraisemblables mais hypothétiques : *le substratum anatomique des lombalgies reste très souvent mystérieux.*

2 – Il faut mettre en perspective ces différentes causes en fonction de leur fréquence : les causes graves que nous pouvons identifier ne représentent que moins de 10 % des lombalgies. Ce sont donc les causes hypothétiques qui recouvrent la vaste majorité des lombalgies et, en pratique, *une cause n'est retrouvée que dans moins de 20 % des cas.*

3 – La dissociation entre l'anatomie et les symptômes : des lésions observées sur une radiographie peuvent n'entraîner aucune lombalgie et se voir chez des individus n'ayant jamais

eu mal au dos (hernie discale, arthrose, anomalies osseuses congénitales ou acquises). À l'inverse, toutes les explorations précitées peuvent être normales chez un authentique lombalgique. On peut donc avoir des anomalies sans souffrir ou souffrir sans anomalie détectable. En pratique, devant une lombalgie récente, il faut *se méfier d'attribuer à certaines lésions visibles la responsabilité de la douleur et rechercher plus modestement des facteurs de risque (tableau II)*. La prise en compte de certains de ces facteurs, professionnels notamment, pourrait permettre la mise en place de mesures de prévention primaire des lombalgies.

- 4 – L'immense majorité des lombalgies aiguës guérissent spontanément et rapidement : 90 % des guérisons se font en moins de 2 semaines même en l'absence de tout traitement. Quarante à 50 % des lombalgies répertoriées en milieu professionnel durent moins de 24 heures. *Les récurrences sont cependant fréquentes* (près 50 % de rechute dans l'année suivant le premier épisode).
- 5 – Les moyens thérapeutiques sont à la hauteur de nos connaissances des causes : détecter une infection, une ostéoporose, une maladie de Paget, une spondylarthrite ankylosante, une tumeur débouche sur des propositions thérapeutiques spécifiques. Dans tous les autres cas, nous sommes réduits à l'emploi de traitements symptomatiques.

**Tableau II : Facteurs de risque des lombalgies**

<b>Facteurs de risque avérés</b>
Tabagisme (statistique faible mais significative, mais pas de lien de causalité retrouvé) Alcoolisme Facteurs professionnels Biomécaniques (soulèvement, manipulation, vibrations) Psychosociaux (monotonie et absence de plaisir du travail, mauvaise communication avec les collègues de travail, stress, bas niveau d'instruction et de qualification) Facteurs médico-légaux Facteurs psychologiques* (personnalité hystérique, symptômes psychosomatiques, usage périodique de tranquillisants) Facteurs extra-professionnels (jardinage, bricolage .. ; sport en compétition ..)
<b>Facteurs de risque non avérés</b>
Facteurs anthropométriques (dont l'obésité ; et l'amaigrissement n'améliore pas la lombalgie) Anomalies rachidiennes congénitales (anomalies transitionnelles lombo-sacrées, spina bifida occulta) Anomalies rachidiennes acquises (dystrophie rachidienne de croissance, spondylolisthésis lombosacré, scoliose) Arthrose lombaire

\* Ces facteurs semblent moins importants que les facteurs professionnels.

**De ces constats découle une attitude pragmatique face à la prise en charge des lombalgiques : sur le plan diagnostique, il faut détecter les causes précises, bien identifiées et accessibles à un traitement spécifique. Ces lombalgies sont appelées "symptomatiques". Elles sont cependant les plus rares. Toutes les autres lombalgies seront qualifiées de "communes" et partagent une même évolution vers la guérison rapide et spontanée ; elles ne nécessitent donc pas d'explorations poussées puisqu'elles vont disparaître, que ces explorations seraient négatives ou faussement positives et que les thérapeutiques sont purement symptomatiques.**

## **LA LOMBALGIE AIGUË OU « LUMBAGO »**

On distingue classiquement les lombalgies aiguës ou « lumbago » (moins de un mois d'évolution) qui représentent la majorité des cas, et les lombalgies chroniques (plus de trois mois d'évolution) qui ne représentent que 7 % environ des lombalgies. Entre les deux on définit une période intermédiaire, celle de la lombalgie subaiguë.

La douleur survient brutalement ou progressivement, au pire elle empêche le redressement (c'est le « blocage », on est « plié en deux »). Elle peut être aggravée par la toux, l'éternuement, la défécation. L'intensité de la douleur n'est pas proportionnelle à la gravité de la lésion causale. Elle est souvent déclenchée par un effort de soulèvement ou une mise en tension du bas du dos, un long trajet en voiture, un faux mouvement du rachis.

Lorsqu'on tente de bouger, de courber le dos, la raideur lombaire est manifeste, parfois accompagnée d'une déviation qui vise à lutter contre la douleur (déviation « antalgique »). De même, une contracture des muscles de part et d'autre de la colonne vertébrale n'est que le reflet de la contracture antalgique réflexe : elle est secondaire à la douleur et disparaîtra en même temps qu'elle.

Le but d'une consultation médicale à ce stade est double :

- S'assurer que la douleur du dos vient bien de la colonne vertébrale et non d'une autre région ou d'un autre organe (douleur projetée ou rapportée à la colonne) : douleur d'un ulcère de l'estomac, d'une colique néphrétique, douleurs menstruelles, ou d'une fissuration d'un anévrisme de l'aorte, etc....

- S'assurer que cette douleur de la colonne vertébrale n'est pas la manifestation d'une cause précise, curable ou nécessitant un traitement particulier (on parle alors de lombalgies « symptomatiques » d'une infection, d'une inflammation ou d'une tumeur des vertèbres, d'une fracture vertébrale).

Ces causes représentent cependant moins de 7 % de toutes les lombalgies aiguës. L'interrogatoire et un examen clinique simple les font suspecter sur un certain nombre de signes d'alerte, et demander les examens complémentaires nécessaires à leurs diagnostics.

### **La lombalgie aiguë « commune »**

« Commune » car elle représente les 93 % restant des lombalgies aiguës.

Aucun examen complémentaire n'est indiqué à ce stade, en dehors des rares cas où il existe des signes évocateurs de lombalgie symptomatique. L'identification de l'origine anatomique et des mécanismes en cause dans la genèse des douleurs de la lombalgie commune n'a pas d'intérêt à ce stade : elle ne modifie pas la prise en charge thérapeutique (cf. paragraphe précédent sur les causes des lombalgies).

### **Prise en charge thérapeutique**

La plupart des épisodes de lumbagos évoluent naturellement vers la guérison en quelques jours à quelques semaines. Il faut soulager la douleur et favoriser le maintien des activités

quotidiennes, afin d'éviter le passage à la chronicité. On admet actuellement qu'il existe une période à risque au cours de laquelle le pronostic passe rapidement de bon à mauvais. Cette période se situe entre 6 semaines et 3 mois d'évolution. On parle alors de lombalgie subaiguë ou de lombalgie persistante.

Les différents traitements disponibles n'ont globalement pas fait l'objet d'évaluations de bonne qualité et reposent en grande partie sur les pratiques professionnelles.

### **Traitements médicamenteux**

Les antalgiques type paracétamol ont un bon rapport efficacité / tolérance. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont une alternative possible au prix d'effets indésirables plus marqués et plus fréquents. Les AINS sont tous équivalents en terme d'efficacité mais certains sont grevés de plus d'effets secondaires que d'autres. Il n'est pas démontré que les antalgiques morphiniques (classe 2 de l'OMS) soient plus efficaces que le paracétamol ou les AINS, mais leurs effets secondaires sont plus fréquents.

Les décontractants ou myorelaxants ont une efficacité supérieure à un placebo ; à n'utiliser que sur de brèves périodes (pas plus de deux semaines) pour éviter le risque de dépendance physique (pour les benzodiazépines).

L'efficacité des corticoïdes, des antidépresseurs, de la colchicine n'est pas démontrée.

### **Traitements non médicamenteux**

Le repos complet (avec arrêt de travail éventuel) est à réduire au strict minimum contrairement aux idées reçues. Il faut ainsi proscrire l'alitement systématique et limiter sa durée au minimum nécessaire lorsque l'intensité de la douleur le rend indispensable. Il est au contraire vivement conseillé de maintenir un certain degré d'activités quotidiennes, qui doit être adapté au cas par cas, à l'intensité des douleurs.

Le port d'une ceinture de maintien lombaire est probablement utile pour prévenir une rechute de lombalgie et réduire l'impact fonctionnel des symptômes chez les personnes dont l'activité professionnelle impose le soulèvement fréquent de charges. Il doit être transitoire, même si l'atrophie musculaire dont on a accusé son port prolongé n'a jamais été prouvée.

Les conseils d'hygiène orthopédique du rachis sont raisonnables (mais jamais testés) : éviter les ports de charges lourdes, les stations assises prolongées.

Les exercices visant à renforcer la sangle abdominale et les muscles rachidiens n'ont pas d'efficacité démontrée mais peuvent prévenir la dégradation des capacités physiques au cours du premier mois. Ils sont surtout un moyen d'éviter ou de diminuer le risque de rechute.

Une manipulation vertébrale peut être indiquée dans les lombalgies aiguës communes, mécaniques, sans conflit disco-radiculaire (sans sciatique), pendant le premier mois d'évolution. Le risque, rare, est de transformer un lumbago banal en sciatique ou syndrome de la queue de cheval.

Différentes techniques de physiothérapie (diathermie, massages, ultra-sons), le laser cutané, les stimulations électriques, la neuro-stimulation transcutanée, les techniques de biofeed back, diverses injections loco dolenti n'ont pas prouvé leur intérêt ; les infiltrations épidurales de corticoïdes non plus dans la lombalgie commune sans sciatique.

Les "écoles du dos" peuvent être un appoint utile en réduisant la durée des arrêts de travail lorsqu'elles sont mises en œuvre sur le lieu du travail. Aucune étude n'a démontré leur

efficacité dans d'autres cadres.

Le port d'une talonnette dans la chaussure ne peut être éventuellement proposée que si l'inégalité de longueur des membres inférieurs est supérieure à 2 cm (très rare).

**Au sortir de la crise : peut-on éviter les rechutes ?**

Le risque principal d'un lumbago est sa récurrence. Celle-ci n'est pas rare, peut survenir dans les mêmes circonstances déclenchantes que la première fois ou différemment. Une nouvelle crise n'est pas gage d'un plus mauvais pronostic. Son traitement est comparable à celui de la crise initiale.

La seule question utile est de savoir si, au décours de la crise, il existe un traitement préventif de la rechute. La gymnastique auprès d'un kinésithérapeute au sortir de la crise aiguë est utile pour parfaire la guérison et pour apprendre ensuite une gymnastique personnelle et connaître des conseils d'hygiène orthopédique de la colonne vertébrale.

Ensuite, il faut oublier tous les faux conseils, nombreux, inapplicables, parfois dangereux. Ayez simplement une hygiène de vie correcte, marchez, ayez une activité physique régulière, adaptée à vos possibilités et à vos goûts. Ne craignez pas la rechute, ne vivez pas dans du coton, vivez ! Evitez simplement les sports violents pour la colonne vertébrale (rugby) et surtout ceux qui impriment des mouvements de torsion (tennis, foot). Mais il vous reste la marche, la randonnée, le footing, le vélo, la natation, ...

Vous vous posez des questions sur l'amaigrissement, la literie, le chaussage ? Il faut simplifier : l'amaigrissement est une bonne chose pour votre santé si vous êtes trop gros, mais cela ne soulagera pas votre dos. La literie doit-elle être changée ? Essayer quelques nuits de dormir avec le matelas par terre avant d'écouter les sirènes des publicitaires. Si vous êtes mieux sur ce plan dur, alors oui ayez une literie dure ; mais dans votre cas ce sera peut-être le contraire. Il n'y a pas de vérité générale : essayez par vous-même. Fait-il ajouter une semelle dans la chaussure sous prétexte qu'on vous a découvert une inégalité de longueur des membres de quelques millimètres ? Essayez : si votre dos va mieux, c'est gagné ! Sinon, n'insistez pas.

## **Facteurs de risque de passage à la chronicité**

Plus de 90 % des épisodes de lombalgies aiguës évoluent naturellement vers la guérison en moins de 3 mois. Au-delà de cette période, on parle de lombalgie chronique. Le pronostic est plus réservé, la demande de soins est importante et coûteuse, l'absentéisme au travail élevé et le taux d'invalidité lourd.

Un certain nombre de facteurs de risque de passage à la chronicité ont été décrits en cas de lombalgie aiguë

Voir **tableau III** : page suivante.



**Tableau III : Facteurs de risque de passage à la chronicité**

<p><b>Age supérieur à 45 ans</b></p> <p><b>Antécédents de lombalgie ou de chirurgie lombaire</b></p> <p><b>Présentation initiale de la lombalgie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Intensité de la douleur lombaire</li><li>Irradiation douloureuse aux membres inférieurs</li><li>Importance du handicap fonctionnel</li></ul> <p><b>Prise en charge initiale de la lombalgie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Prise en charge tardive</li><li>Prescription de repos au lit strict</li><li>Arrêt de travail initial prolongé</li><li>Absence d'informations et de conseils</li></ul> <p><b>Contexte socioprofessionnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Statut familial défavorable</li><li>Poste de travail avec importantes contraintes mécaniques</li><li>Insatisfaction au travail</li></ul> <p><b>Contexte psychologique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Troubles de la personnalité</li><li>Etat de détresse psychologique</li><li>Anomalies de la perception du handicap</li><li>Stratégies adaptatives (coping) inappropriées</li></ul> <p><b>Contexte médico-légal :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Accident du travail</li><li>Conflit médico-légal</li></ul>
---

**Encart 1:**  
**A retenir si vous avez mal au dos depuis quelques jours**

La douleur et la raideur les plus intenses s'améliorent toujours considérablement en quelques jours. Douleur et raideur plus légères peuvent persister, éventuellement plusieurs mois.

Le maintien d'une activité adaptée à la douleur est fortement conseillé.

La plupart des patients ont des récurrences de leurs douleurs de temps en temps. Elles sont habituelles et ne signifient pas une aggravation des lésions rachidiennes existantes ou l'apparition d'une nouvelle pathologie.

Plus l'interruption de travail due à la lombalgie aiguë est prolongée, plus les chances de reprise du travail sont faibles.

Les douleurs lombaires n'augmentent pas en général avec l'âge.

**Encart 2 :**  
**Quelques idées fausses sur la lombalgie aiguë**

Concernant	Idées fausses
<b>Les causes</b>	Les lombalgies sont toujours dues à un traumatisme ou un soulèvement de lourdes charges
<b>Le diagnostic</b>	Scanner ou IRM permettent toujours de détecter la cause de la lombalgie Faire une radiographie du rachis lombaire devant toute lombalgie
<b>La prise en charge</b>	Les lombalgies aiguës ou chroniques peuvent faire l'objet d'une déclaration au titre des maladies professionnelles indemnisables
<b>La thérapeutique</b>	Les lombalgies obligent à arrêter toute activité Le repos au lit est la base du traitement La hernie discale impose la chirurgie

## LOMBALGIE CHRONIQUE

### Définition de la lombalgie chronique

La lombalgie chronique fait le plus souvent suite à des lumbagos ou apparaît de façon progressive. On parle de lombalgies chroniques en cas de douleurs évoluant depuis plus de trois mois, sans tendance à l'amélioration. Ces lombalgies chroniques ne représentent que 7 % des lombalgies mais elles sont responsables de plus de 75 % des dépenses liées à cette affection.

L'évolution chronique des lombalgies dépend beaucoup plus des données démographiques, psychosociales et professionnelles que des caractéristiques médicales de l'affection. En pratique, il est essentiel d'agir vite car les chances de reprise d'une activité professionnelle diminuent très vite avec la durée de l'arrêt de travail : elles ne sont plus que de 50 % après 6 mois d'arrêt, inférieures à 30 % après un an et pratiquement nulles au delà de 2 ans.

### Evaluation et prise en charge

L'évaluation d'une personne lombalgique chronique doit se faire selon une approche multifactorielle (**tableau IV**). La prise en charge thérapeutique doit se faire selon une approche multidisciplinaire (**tableau V**). De telles approches sont au mieux mises en œuvre dans des centres spécialisés, notamment les centres anti-douleur.

**Tableau IV : Approche multifactorielle de l'évaluation d'un lombalgique chronique**

<b>Evaluation de la douleur et de son retentissement</b>
Interrogatoire : caractéristique de la douleur Echelle visuelle analogique (EVA) : intensité de la douleur Echelle de douleur du rachis : auto-questionnaire de Dallas
<b>Examen clinique général, ostéo-articulaire et neurologique</b>
<b>Evaluation de l'incapacité fonctionnelle</b>
Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL)
<b>Evaluation socioprofessionnelle</b>
Niveaux d'éducation et de ressource Statut familial Importance des contraintes mécaniques au poste de travail Niveau de satisfaction au travail
<b>Evaluation psychologique</b>
Recherche d'une composante anxieuse Recherche d'une composante dépressive Evaluation éventuelle des stratégies adaptatives
<b>Evaluation médico-légale</b>
Précision du contexte : accident de travail Recherche d'un conflit médico-légal

On parle de multidisciplinarité lorsque plusieurs professionnels de santé, d'origines et/ou de compétences différentes, s'occupent d'un même problème médical. L'équipe assurant la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique devrait idéalement comporter : un médecin ayant une compétence reconnue dans la prise en charge des affections du rachis (rhumatologue ou médecin physique), un psychiatre et/ou un psychologue, un kinésithérapeute, un médecin du travail et/ou une assistante sociale et un secrétariat formé à l'accueil des douloureux chroniques.

Les objectifs de la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique doivent être fixés avec chaque patient à l'issue de l'évaluation initiale. Ils visent à lui permettre de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer ses capacités fonctionnelles, de corriger d'éventuels troubles psychologiques et enfin à favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible.

Tableau V : Principes de la prise en charge multidisciplinaire d'une lombalgie chronique

<b>Indications de la prise en charge multidisciplinaire</b>
Lombalgie persistante et lombalgie chronique
<b>Composition de l'équipe multidisciplinaire</b>
Médecin compétent dans la prise en charge des affections du rachis Psychiatre et/ou psychologue Kinésithérapeute Médecin du travail et/ou assistante sociale
<b>Objectifs de la prise en charge multidisciplinaire</b>
Contrôle et gestion de la douleur Amélioration des capacités fonctionnelles Corrections d'éventuels troubles psychologiques Réinsertion sociale et professionnelle
<b>Modalités thérapeutiques de la prise en charge multidisciplinaire</b>
<b>Prise en charge de la composante douloureuse : traitements médicamenteux par voie orale et par voie locale ; traitements non médicamenteux</b> Prise en charge de la composante fonctionnelle : programmes de reconditionnement à l'effort Prise en charge de la composante psychologique : antidépresseurs tricycliques ou sérotoninergiques ± anxiolytiques, relaxation, thérapie comportementale, psychothérapie Prise en charge de la composante socioprofessionnelle : mi-temps thérapeutique, changement d'unité de travail, formation professionnelle, reclassement professionnel
<b>Modalités de suivi de la prise en charge multidisciplinaire</b>
Réévaluation régulière et prolongée selon une approche multidirectionnelle Quantification objective des résultats de l'intervention multidisciplinaire

## CONCLUSION

**On peut schématiser ce qu'il faut faire en matière de mal au dos, en fonction de la durée de cette douleur :**

**Lombalgie aiguë** : en faire le moins possible en matière médicale : pas d'examen compliqués (sauf cas particulier), pas d'arrêt de travail (sauf impossibilité), calmer la douleur. Ça va guérir tout seul le plus souvent.

**Lombalgie sub-aiguë** : prendre un avis spécialisé : il faut éviter le passage à la chronicité. C'est là que des explorations plus poussées pourront être nécessaires.

**Lombalgie chronique** : prise en charge multidisciplinaire par un centre spécialisé.

## Pour en savoir plus

Site internet de la Société Française de Rhumatologie : [www.rumatologie-asso.fr](http://www.rumatologie-asso.fr). Page d'accueil > la Rhumatologie et vous > les grandes maladies > le mal de dos.

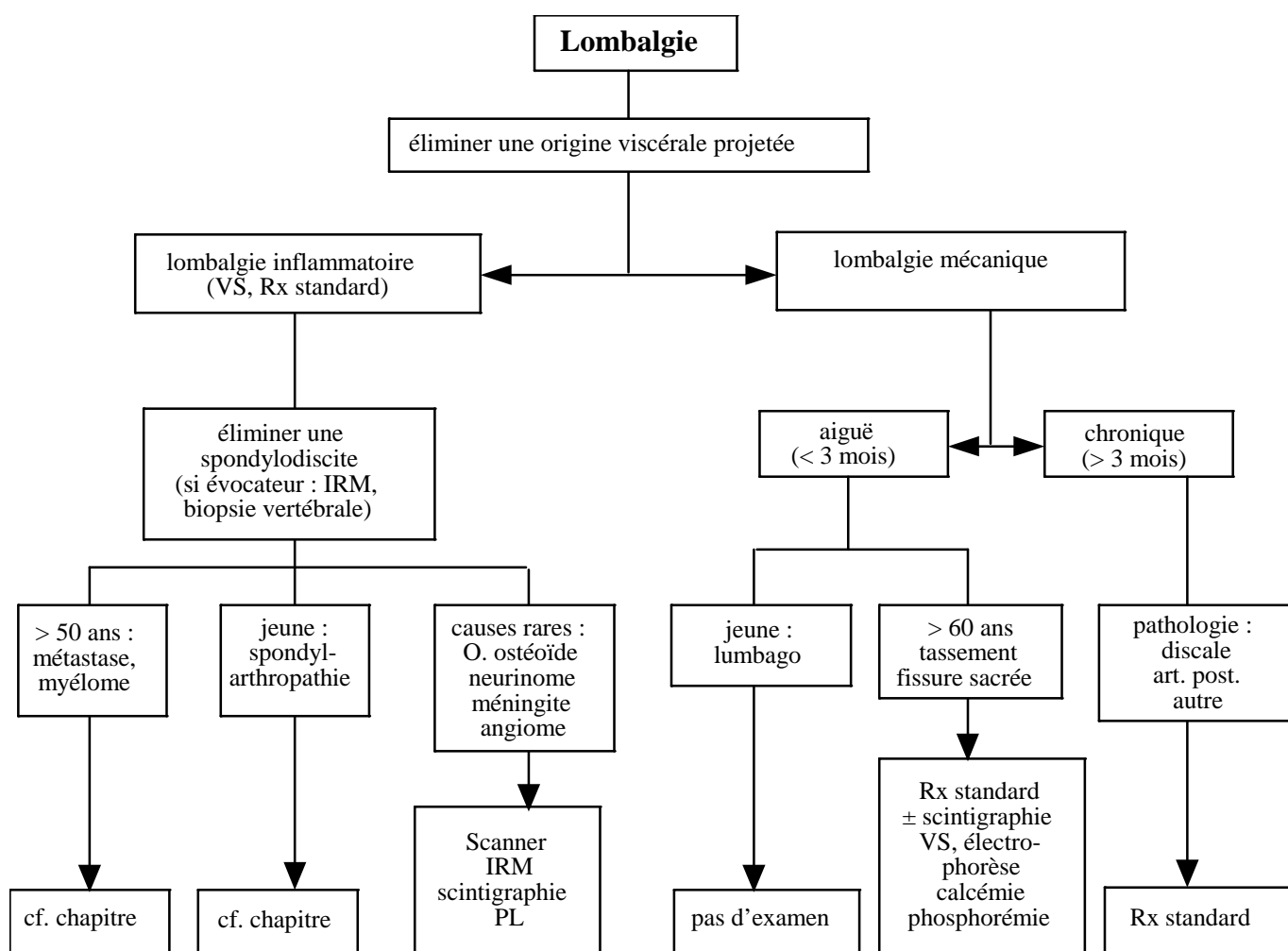
Site de l'HAS (Haute Autorité de Santé) : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).

Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune. Modalités de prescriptions (mai 2005)

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution. Recommandations (février 2000).

## DOCUMENTS ANNEXES

### Arbre diagnostique des lombalgies (d'après Dubourg et Wrona, 1995)



**Prévalence des lombalgies au cours des 6 derniers mois dans une population de 725 salariés français (d'après Ozguler et coll, 2000)**

	<i>Femmes (n = 357)</i>	<i>Hommes (n = 368)</i>
Lombalgies au moins 1 jour (%)	45	41
Lombalgies au moins 30 jours (%)	19	16
Traitement de la lombalgie (%)	23	20
Consultation pour la lombalgie (%)	25	21
Arrêt de travail pour la lombalgie (%)	8	10

**Fréquence des causes graves et identifiées des lombalgies récentes**

<i>Causes</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Tassements vertébraux (le plus souvent ostéoporotiques)</i>	4,00 %
<i>Hernie discale conduisant à la chirurgie</i>	2,00 %
<i>Cancers osseux ou métastases rachidiennes</i>	0,70 %
<i>Spondylodiscites</i>	0,01 %

**Affections extra-rachidiennes pouvant occasionner des lombalgies**

<i>Appareil ou région</i>	<i>Maladies</i>
<i>Appareil digestif</i>	Lombalgies hautes : ulcère gastro-duodéal, pancréatite Lombalgies basses : colite, diverticulose, cancer colique
<i>Région rétropéritonéale</i>	Colique néphrétique, fibrose et tumeurs rétropéritonéales Anévrisme de l'aorte abdominale.
<i>Région pelvienne</i>	Lombalgies basses ou douleurs sacrées : douleurs menstruelles, endométriose, tumeurs utérines, grossesse.
<i>Appareil ostéo-articulaire de voisinage</i>	Sacroiliite Fractures et tumeurs du sacrum Coxopathies

### **Éléments devant faire suspecter une lombalgie symptomatique**

Âge de début des symptômes avant 20 ans ou après 55 ans  
Antécédent de maladie néoplasique  
Toxicomanie, immunodépression (VIH, traitement immunosupresseur)  
Corticothérapie générale  
Traumatisme violent (choc direct ou chute d'une hauteur importante)  
Douleur non mécanique :  
    Douleur du matin supérieure à la douleur du soir  
    Raideur matinale de plus de 15 à 30 minutes  
    Réveils nocturnes non liés au changement de positions  
Altération de l'état général (quelle que soit sa nature) :  
    Amaigrissement inexpliqué  
    Fièvre  
    Sueurs nocturnes  
Raideur lombaire persistante, déformation rachidienne importante  
Signes neurologiques dépassant le métamère atteint (en cas de sciatique)  
    Atteinte bilatérale, troubles sphinctériens  
    Atteinte pyramidale  
Signes devant faire suspecter une pathologie vasculaire  
    Terrain polyvasculaire  
    Notion de pathologie anévrysmale aortique  
    Douleur thoracique associée à la douleur lombaire

### **Éléments à retenir et à indiquer au malade, devant une lombalgie aiguë**

Les symptômes les plus intenses s'améliorent toujours considérablement en quelques jours. Les symptômes les plus légers peuvent persister, éventuellement plusieurs mois.  
Le maintien d'une activité adaptée à la douleur doit être conseillé.  
La plupart des patients ont des récurrences de leurs douleurs de temps en temps. Elles sont habituelles et ne signifient pas une aggravation des lésions rachidiennes existantes ou l'apparition d'une nouvelle pathologie.  
10 % des patients ont des symptômes persistants un an après une lombalgie aiguë. La plupart d'entre eux peuvent néanmoins reprendre leurs activités antérieures ; grâce à cela, ils se sentent en meilleure santé, ont un meilleur moral et consomment moins de médicament contre la douleur.  
Plus l'interruption de travail du fait de la lombalgie aiguë est prolongée, plus les chances de reprise du travail sont faibles.  
Les douleurs lombaires n'augmentent pas en général avec l'âge.

## **Les recommandations et Références Médicales de l'ANAES :**

### **Masso-kinésithérapie dans les lombalgies communes.**

Les méthodes de masso-kinésithérapie dites à effet antalgique direct sont le plus souvent perçues comme sédatives par le patient, notamment le massage et le réchauffement local. Il n'existe cependant aucune preuve de leur efficacité durable dans le traitement de la lombalgie chronique. (Ces méthodes) ne sont qu'adjuvantes et ne doivent donc pas résumer la séance de masso-kinésithérapie.

Les soins de masso-kinésithérapie ne peuvent qu'être prescrits après une évaluation médicale orientant vers des objectifs thérapeutiques précis et qui seront pris en compte dans l'appréciation des résultats.

Mais au-delà, l'objectif est beaucoup plus global. Il cherche à améliorer la gestion de la douleur et à diminuer le retentissement fonctionnel, conséquence directe de la lombalgie, sa répercussion dans les actes de la vie courante qu'il s'agisse des activités quotidiennes ordinaires, professionnelles, de loisirs, voire sportives.

Le choix de la méthode de rééducation dépend des données de l'évaluation médicale et du bilan paramédical. Une notion importante est la position lombopelvienne qui habituellement aggrave ou soulage la lombalgie (...).

Il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander un traitement de masso-kinésithérapie dans la lombalgie aiguë. Il ne faut pas recommander un programme d'école du dos dans la lombalgie aiguë.

Il existe suffisamment de preuves pour conseiller la prescription de masso-kinésithérapie dans la lombalgie chronique. Quinze séances sont suffisantes pour juger du résultat de la masso-kinésithérapie.

Le programme initial doit être poursuivi par une auto-rééducation. La prescription de courtes séries de séances dans les mois ou les années qui suivent peut être justifiée.

Il n'existe pas suffisamment de preuves pour généraliser le principe des écoles du dos dans le traitement de la lombalgie chronique en attendant de nouvelles évaluations.



Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombaire chronique (ANAES, décembre 2000). [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

Tableau récapitulatif des traitements et de leur efficacité dans la lombalgie chronique selon leur grade de recommandation

Modalité thérapeutique	Critère de jugement	Grade de la recommandation	Recommandation
Exercices physiques	Douleur	Grade B	Recommandés
Programmes multi disciplinaires	Douleur, fonction et réinsertion professionnelle	Grade B	Recommandés
Thérapies comportementales	Douleur	Grade C	Recommandées
Paracétamol	Douleur	Non évalué	Peut être proposé
École du dos	Douleur	Pas d'efficacité isolément Grade B si associée à des exercices physiques	Peut être proposée en association avec des exercices physiques
Manipulations vertébrales	Douleur	Grade B	Peuvent être proposées
Thermalisme	Douleur et fonction	Grade B	Peut être proposée à visée antalgique et pour restaurer la fonction
Antalgiques opioïdes (niveau II)	Douleur	Grade B	Peuvent être proposés à visée antalgique
Myorelaxants (tétrazépam)	Douleur	Grade B	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Balnéothérapie	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique
TENS	Douleur	Grade C	Peuvent être proposés à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
Électro-acupuncture	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
AINS (doses antiinflammatoires)	Douleur	Grade C	Peuvent être prescrits à visée antalgique (courte durée)
Massages	Douleur	Efficacité non démontrée	Peuvent être proposés en début de séance

<b>Acide acétylsalicylique</b>	Douleur	Non évalué	Peut être proposé à visée antalgique (courte durée)
<b>AINS (doses antalgiques)</b>	Douleur	Non évalués	Peuvent être prescrits (information du patient sur les risques digestifs)
<b>Acupuncture</b>	Douleur	Efficacité non démontrée	Peut être proposée
<b>Antidépresseurs tricycliques</b>	Douleur	Grade C	Évaluer le bénéfice/risque avant prescription en dehors d'un contexte de dépression
<b>Infiltrations épidurales de corticoïdes</b>	Douleur	Grade B (mélange lombalgies/ lombosciatiques)	Ne doit pas être un traitement de première intention
<b>Thermocoagulation de la branche médiale du rameau dorsal postérieur du nerf spinal</b>	Douleur (population sélectionnée)	Grade B	Ne doit pas être un traitement de première intention
<b>Infiltrations intra-articulaires postérieures de corticoïdes</b>	Douleur	Grade C (population sélectionnée)	Ne doit pas être un traitement de première intention
<b>Antalgiques opioïdes (niveau III)</b>	Douleur	Grade C	Peuvent être envisagés au cas par cas
<b>Stimulation des zones gâchettes</b>	Douleur	Grade C	Peut être proposée à visée antalgique. Place à déterminer dans la prise en charge des lombalgies
<b>Contention lombaire</b>	Douleur	Non évaluée	Peut être proposée. Ne doit pas être un traitement de première intention
<b>Arthrodèse lombaire</b>	Douleur	Non évaluée	Indications exceptionnelles
<b>Repos au lit</b>	Douleur	Non évalué	Non recommandé
<b>Phytothérapie</b>	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandée
<b>Corticoïdes</b>	Douleur	Non évalués	Non recommandés
<b>Ionisations, ondes électromagnétiques et laser</b>	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandés
<b>Tractions vertébrales</b>	Douleur	Efficacité non démontrée	Non recommandées
<b>Prothèses discales</b>	Douleur	Non évaluées	Pas d'indication



## Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois  
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,  
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

**Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.**

**Sous réserve de changements de dernières minutes.**

**(Impossibilité de vous joindre rapidement au dernier moment) Veuillez nous en excuser par avance**

<b>ANNEE 2010</b>	
• Le 20 Janvier 2010	Réflexologie et Kinésiologie plantaires David DAGET
• Le 17 Février 2010	Eléments de médecine chinoise - Tai ji Quan Madame FAURÉ
• Le 17 Mars 2010	Fleurs de Bach David DAGET
• Le 21 Avril 2010	Allergologie / Traitement des hernies Docteur ABIFADEL Clinique du Saint Coeur VENDOME
• Le 19 Mai 2010	Thérapie en Rhumatologie Monsieur RAGOT
• Le Mercredi 23 Juin 2010 à 20h30 TOURS (37)	<i>Les lombalgies : Mal du dos, mal du siècle !</i> Professeur Bernard Mazières Centre de Rhumatologie, Institut Loco-Moteur des Hôpitaux de Toulouse.
• Le 15 Septembre 2010	Microkinésithérapie - Mme ROVIRE Techniques de Reiki - Mme Elisabeth d'ARCANGUES
• Le 20 Octobre 2010	Un cas en Ostéopathie Serge A. WHERLÉ
• Le 17 Novembre 2010	Un cas en Shiatsu Alfred VATON
• Le 15 Décembre 2010	Assemblée Générale



## *Les membres du bureau E.D. C.A.S. :*

### PRÉSIDENT

*Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association*

**Docteur Pierre BULLE**  
**Pierre.Bulle@wanadoo.fr**

### RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

*Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail*

**Rodolf-Karel CANOY**  
**canoy.expertpsy41@wanadoo.fr**

### ORGANISATIONS RÉGIONALES

**Monique LATRON**  
**M.LATRON@wanadoo.fr**

**Madeleine BEZANNIER**  
**Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES**

### CHIRURGIEN-DENTISTE

**Docteur GIUMELLI**  
**contact (Précisez la personne)**

### KINÉSITHÉRAPEUTES

*Association pour le développement de l'hypnose*

**Jean-Michel de BUSSEROLLES**

**contact (Précisez la personne)**

*Exerçant sur Naveil (41)*

**Christelle POUDRAI-SASSIER**

**contact (Précisez la personne)**

### KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

**Frédéric VANPOULLE**  
**frederic.vanpouille@wanadoo.fr**

### MICROKINESITHERAPEUTE

**Éric DE RYCKE**  
**contact (Précisez la personne)**

### CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

**Stéphane DEPONGE**  
**stephane.deponge@wanadoo.fr**

### KINÉSIOLOGUES

**Olivier MAURIÈS**  
**olivier.mauries@tiscali.fr**



**REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM**

David DAGET  
Reflexo37@tiscali.fr

**ESPACE DU MIEUX-ETRE ET ARTS MARTIAUX**

Alfred VATON  
Alfredvaton@aol.fr  
www.dojo-de-la-foret.skyrock.com

**YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE**

*Professeurs diplômés*  
Annie et Jean-François BREUIL  
contact (Précisez la personne)

**MAITRE DE REIKI**

*Membre de l'A.F.M.R*  
Élisabeth D'ARCANGUES  
edarcangues@caramail.com

**SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE**

Michel CLEMENT  
oscar37@club-internet.fr

**OSTEOPATHE**

Serge A. WHERLE  
osteopathie-nature@wanadoo.fr

**CHANT THÉRAPEUTE**

Alain DESCHAMPS  
contact (Précisez la personne)

**ACUPUNCTURE CHINOISE**

Jean-Jacques BOBINEAU  
bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

**TRESORIERE GENERALE**

Isabelle LONA  
contact (Précisez la personne)

**AUTRES MEMBRES**

BESNIER Dominique - BOULAY Christine  
BROSSILLON Pierre - CHEMINOT Sylvie  
FAUCHEREAU Jean - GRIMAL Francine  
LAINE Véronique - LEMELLE Mireille  
METAIS Lydie - NERON Béatrice  
OURY Bernadette - PITAUD Josiane  
PONTET Annick - TOULEMONDE Luce  
TRICOTET Yves  
contact (Précisez la personne)



## Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxueur, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutribiothérapie, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroniques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuse de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabilité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006



## Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress & dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 : académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42	La dyslexie	Mars 2008
43	L'Arthrose : Données récentes	Juin 2008
44	Fibromyalgie et Stress	Novembre 2008



## Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
45	Du stress au travail à l'épuisement psychologique Pas de plaies bénignes pour la main Lombalgie chronique : Prévenir l'invalidité Les facteurs d'observance aux psychotropes Les dermocorticoïdes au secours du phimosis	Mars 2009
47	Spécial Nutrition (En cours d'étude)	Novembre 2009
48	L'enfant victime d'une agression sexuelle	Février 2010
49	Les lombalgies : Mal du dos, mal du siècle !	Juillet 2010
50	En étude	Novembre 2010
51		Février 2011
52		Juillet 2011
53		Novembre 2011

### Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

*Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au : 21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)*

**Nom et Prénom :**

**Fonction :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**E-Mail :**

**Ville :**

**Pays :**

### Adhésion 2011

Montant (minimum 40 € ou \$) :      ,00 € ou \$      Par chèque      En espèces      Mandat-Lettre