

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 21/01/2009

Secrétaire : Dr BONFILS

Modérateur : Dr MOLINIE

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : sinusite aiguë, quand faire radios des sinus et faire un scanner ? Plus de radios, faire scanner en première intention
- Dossier 2 : renouvellement de traitement Hta et hypercholestérolémie chez une femme de 68 ans et ECBU positif à staphylocoque doré à reconstruire – comment traiter le mal des montagnes ? : par Diamox (125 x 2) dès la veille si sujets mauvais répondeurs au test à l'hypoxie, ATCD de mal aiguë des montagnes sévère, si acclimatation progressive impossible.
- Dossier 3 : perlèche chez un diabétique – traitement local en une application par jour (terbitafine) pendant 8 à 15 jours. Carence en fer et perlèche.
- Dossier 4 : rhino-pharyngite chez un homme de 42 ans présentant un trouble du rythme traité par Rythmol et Sintrom – pas de problème
- Dossier 5 : sinusite maxillaire droite chez une patiente de passage – traitement par amoxicilline 2 g/j pendant 6 jours selon Prescrire ?
- - Dossier 6 : Femme de 78 ans pour renouvellement et troubles du sommeil traités par anxiolytiques à la demande – problèmes posés : benzodiazépine chez les personnes âgées et calcul de la clearance chez les personnes âgées : problèmes résolus par le groupe
- - Dossier 7 : diabétique insulinoD de 35 ans qui présente une éruption : éruption cutanée liée au DID ? - comment récupérer les comptes rendus des avis spécialisés ?
- Dossier 8 : crainte d'apnées du sommeil chez une femme de 61 ans très angoissée : comment répondre à la demande du patient ?

Question 1 : éruption prurigineuse chez le diabétique ?

Question 2 :

•Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

•**Ecart**s / à la pratique recommandée par l'HAS ...

Temps 2

•**Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Dr Darai – service de gynécologie, hôpital Tenon

IRM spécifique endométriose – Clinique du Val d'Or

Test à l'hypoxie pour les patients à risque : hôpital de St Germain, service de médecine du sport

Médecine du sport, Dr Alain Frey, hôpital de St Germain en Laye

Temps 3

•**synthèse des cas compliqués** : sérologie CMV chez une femme enceinte

•**compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**

•**autres...**

Synthèse des cas compliqués :

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1. Intérêt et efficacité de la rééducation dans le canal lombaire étroit.

La rééducation n'a jamais été évaluée dans ce problème (voir annexe 1).

2. Dans quel stade clinique de la dépression les antidépresseurs ont-ils fait la preuve de leur efficacité ?

Episode d'intensité légère : les antidépresseurs n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Episode d'intensité modérée à sévère : les antidépresseurs sont plus efficaces que le placebo.

Pour la définition de différent type d'épisode voir Vidal reco page 232

Référence : Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs -

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf

Choix du cas clinique pour la prochaine fois : 18ème du 21 janvier 2009

Rééducation de la lombalgie commune

Jean-Yves Maigne

La "Rééducation" est certainement le traitement le plus prescrit en cas de lombalgie commune. Ce terme générique regroupe des techniques très différentes, les unes à visée antalgique, les autres dont le but est préventif.

I. Sur quels éléments peut agir la rééducation ?

La sédation de la douleur

1) Physiothérapie

La physiothérapie antalgique peut se pratiquer selon de nombreuses modalités. Certaines procurent un soulagement indéniable, mais de brève durée (la chaleur, le froid, les ultra-sons, les massages, la kinébalnéothérapie par exemple), d'autres sont sans activité démontrée (Laser, ionisations...). En ce qui concerne les ondes courtes, il a été montré une certaine activité lorsqu'elles sont utilisées en mode pulsé (champ magnétique) sur les cervicalgies. Malheureusement, les kinésithérapeutes ne disposent en général pas du matériel adéquat et leur formation en électrothérapie peut être médiocre.

2) Postures antalgiques

Parfois, le patient victime d'une douleur aiguë les a noté lui-même. Il en est d'autres qu'il ignore et qu'il est bon de lui enseigner. Ces techniques d'auto-sédation ont l'avantage de ne rien coûter et de pouvoir être répétées aussi souvent que nécessaire.

a) Les postures simples.

- S'allonger en chien de fusil
- S'allonger en décubitus dorsal sur un plan dur
- Debout, se placer en hyperlordose accentuée (position efficace lorsque la flexion lombaire est douloureuse)
- Changer de position : se lever et marcher, s'assouplir, basculer le bassin d'avant en arrière

b) Les postures en tant que méthode de rééducation

La pratique de postures répétées dans la position opposée à celle qui déclenche la douleur est connue sous le nom de méthode McKenzie. Elle est étudiée plus loin.

Le renforcement de la force musculaire du tronc

Muscler le tronc est l'un des objectifs les plus connus de la rééducation. Il est en effet habituel de penser que des muscles faibles favorisent la survenue de douleur. Ceci n'est pourtant absolument pas démontré. En revanche, il est bien établi qu'il existe chez le lombalgique chronique un déficit des muscles du tronc (et tout particulièrement des extenseurs), dont on ne sait s'il est cause ou conséquence de la douleur.

1) Les différents types de musculation

La musculation peut se faire de façon isométrique, isotonique ou isocinétique.

La musculation isométrique : les muscles se contractent sans mobiliser le segment vertébral correspondant. L'absence de mouvement évite en théorie de léser la colonne. La musculation isométrique pratiquée pendant quelques séances est sans grand effet. C'est pourquoi le rôle du

kinésithérapeute est surtout de montrer les mouvements à effectuer, le patient devant les répéter chaque jour chez lui pendant au moins dix minutes. La compliance à un tel traitement est faible.

La musculation isotonique : ici, la force développée par les muscles est constante dans le mouvement. La musculation isotonique se pratique au mieux dans des salles équipées d'appareils de musculation.

La musculation isocinétique : c'est maintenant la vitesse de contraction qui est constante. L'isocinétisme nécessite une machine de musculation dont la résistance au mouvement est directement fonction de la force de contraction du sujet. A un effort modéré répondra une résistance modérée, à un effort plus puissant répondra une résistance plus forte. La résistance est donc auto-adaptée au patient. Dans les deux cas, la vitesse de déplacement sera la même. L'effort peut être dosé de façon très fine et adaptée à chaque patient. L'ensemble est couplé à un ordinateur et permet l'établissement de courbes successives dont la comparaison permet d'apprécier la qualité du renforcement musculaire. Ces appareils, particulièrement coûteux, sont disponibles dans certains centres de rééducation spécialisés.

2) Le renforcement des abdominaux : bases physiologiques.

La contraction des abdominaux aide aux efforts de soulèvement, une partie des forces de compression subies par le rachis étant déviée de ce dernier (donc des disques) vers les viscères. C'est le principe de la poutre composite, le tronc étant constitué de la colonne d'une part et des viscères devenant incompressibles si les abdominaux sont contractés. Ils peuvent alors transmettre une partie des forces et soulager le rachis. D'autre part, le renforcement des abdominaux mené conjointement à la détente des spinaux conduit (en théorie) à une légère modification de la posture. C'est la rééducation en cyphose (voir plus bas).

Enfin, il existe une véritable phobie de la lordose dans le public médical ou non médical (j'ai mal au dos car je suis trop cambré...), que pourtant rien ne justifie...

3) Le renforcement des spinaux : bases physiologiques

La découverte d'une perte de force des extenseurs du dos bien plus importante que celle des abdominaux chez le lombalgique chronique est une notion récente mais confirmée. D'où l'idée de les remuscler.

L'acquisition d'une meilleure maîtrise des mouvements lombo-pelviens

La motricité lombo-pelvienne est de type automatique. Le contrôle pyramidal y est faible. La plupart des mouvements du bassin (donc de la charnière lombo-sacrée) sont des mouvements réflexes, parfois nocifs pour les derniers disques.

La rééducation proprioceptive a pour but de faire prendre conscience au patient de sa position lombo-pelvienne et de l'entraîner à améliorer cette perception par la correction de petits déséquilibres induits

L'apprentissage de notions d'ergonomie vertébrale

La bonne position de soulèvement de charges lourdes est l'exemple le plus caractéristique de ce qu'il faut faire (plier les genoux en gardant le tronc droit). A chaque situation de la vie quotidienne stressant la charnière lombo-sacrée correspond une solution gestuelle économisant la colonne : se lever de son lit, passer l'aspirateur, repasser, faire un lit, etc...

Il n'est pas besoin de souligner l'intérêt des démonstrations pratiques, telles qu'elles sont menées dans les écoles du dos (pour la vie domestique) ou sur le lieu de travail (adaptation du poste de travail).

II. Les différents protocoles de rééducation vertébrale

Le verrouillage lombaire selon Troisier

Le verrouillage lombaire, décrit par Troisier, est la méthode de rééducation la plus utilisée en

France. Elle trouve sa justification dans la nocivité des positions extrêmes du dos et de la nécessité de les éviter. Ainsi, la station debout prolongée s'accompagne t'elle d'une extension lombaire, la station assise d'une flexion, la station couchée sur le côté d'une latéroflexion qui peuvent être mal supportées. Troisième considère que la charnière lombo-sacrée doit être immobilisée le plus possible dans les gestes de la vie quotidienne, les mouvements devant surtout se faire aux hanches et aux épaules.

Le but général est donc d'obtenir du patient une immobilisation de son rachis lombosacré en position neutre (c'est à dire ni en flexion, ni en extension) en toutes circonstances, avec pour conséquence théorique la baisse des contraintes articulaires en L4-5 et L5-S1. Le verrouillage lombaire consiste donc à obtenir du sujet qu'il se comporte comme s'il portait un corset rigide, en remplaçant ce dernier par sa propre musculature.

Le patient doit d'abord prendre conscience de la position neutre puis être capable de la maintenir d'abord en position statique, par contraction des abdominaux et des spinaux, puis en dynamique (lors du lever d'un lit, d'un siège, de rotations du tronc...). Si l'on "rigidifie" le dos, il faut assouplir les hanches et les genoux (en luttant contre la rétraction des ischio-jambiers ou des quadriceps) et même fortifier les muscles des cuisses.

La rééducation en cyphose selon Williams

La rééducation en cyphose est l'un des plus anciens protocoles décrits (1955). Son promoteur pensait soulager nombre de lombo-sciatalgies par lésions discales en diminuant la lordose lombaire. Ainsi, il obtenait une ouverture du foramen et une décompression de la partie postérieure du disque, supposés bénéfiques.

Ce but était théoriquement atteint en musclant les abdominaux, en détendant les spinaux et les psoas par le massage et les étirements, ce qui avait pour conséquence une rétroversion du bassin. Actuellement, ce sont surtout les patients souffrant d'un canal lombaire étroit qui relèvent de cette méthode.

La rééducation en lordose selon Cyriax

Cyriax pensait qu'en augmentant la lordose lombaire, l'on bloquait la partie postérieure du disque ce qui empêchait l'expulsion de matériel discal vers l'arrière. C'était en quelque sorte l'inverse de la théorie de Williams.

Les moyens préconisés étaient de même nature, quoi qu'inversés : renforcement des spinaux, étirement des abdominaux et antéversion du bassin. Cette technique a connu un regain d'intérêt suite aux travaux de McKenzie (voir ci-dessous). Elle est surtout utilisée dans les pays nordiques, en tant que traitement de la lombalgie chronique.

La rééducation selon McKenzie

Robin McKenzie est un physiothérapeute (= kinésithérapeute) néo-zélandais qui a mis au point une technique de rééducation des lombosciatiques discales.

Pour McKenzie, l'étude soigneuse des mouvements lombaires répétés dans toute leur amplitude en flexion, puis en extension, puis en latéroflexion dans différentes positions (debout, assis ou allongé) permet de noter ceux qui soulagent, ceux qui aggravent et ceux qui sont sans effet sur la douleur. Lorsqu'il s'agit d'une lombosciatique, le soulagement se fait en général selon un schéma prédéterminé, la douleur s'effaçant d'abord du mollet puis de la cuisse puis de la fesse pour ne persister que dans le dos. On dit que la douleur se centralise. Dans le cas contraire, si la douleur est fessière et qu'un mouvement répété de flexion par exemple la fait descendre dans la cuisse ou la jambe, on dit qu'elle se périphéralise.

Le but du traitement est de trouver le ou les mouvements ou la combinaison de mouvements qui centralisent la douleur et de demander au patient de maintenir de telles postures pendant quelques minutes quatre à dix fois par jour. Il s'agit le plus souvent de postures en hyperextension lombaire maximale, mais il peut aussi s'agir de postures en flexion ou en latéroflexion.

Cette méthode, très connue dans le monde anglo-saxon, a été l'un des éléments moteur du

renouveau de la rééducation en lordose.

La réadaptation à l'effort selon Mayer

La lombalgie chronique rebelle est, de toutes les formes de mal de dos, celle qui coûte le plus à la collectivité. Tom Mayer considère que ces patients ne sont plus adaptés à leur milieu de vie et que cette désadaptation ne fait que renforcer le trouble. Cette désadaptation ne doit pas seulement s'envisager en termes de force musculaire (il existe effectivement une perte de force des extenseurs plus que des fléchisseurs) car elle est aussi cardiovasculaire (essoufflement anormal à l'effort) et psychologique (le patient se refermant sur lui-même et devenant dépressif).

Mayer propose un programme d'athlétisation pour le réadapter et lui inculquer un esprit sportif positif, opposé à une attente passive de soins. Il s'agit donc d'une musculation intensive fondée sur le mouvement dont la philosophie est radicalement opposée à celle de la rééducation isométrique. Cette musculation se fait en centre spécialisé (isocinétisme), sur trois à cinq semaines, avec suivi des performances. Les exercices de début sont d'intensité moyenne, la difficulté augmentant progressivement.

Les écoles du dos

Les écoles du dos ne constituent pas de la rééducation à proprement parler, mais un enseignement simple sur la colonne vertébrale et sur la façon de la ménager. Cet enseignement se fait par petits groupes de 5 à 10 patients en moyenne. L'apprentissage d'une gestuelle correcte grâce à de véritables "travaux pratiques" est l'élément le plus intéressant de ces écoles.

III) Quelle rééducation prescrire ?

L'idéal est de prescrire la rééducation en fin de crise. Lorsqu'il s'agit d'une première crise de lombalgie, si celle-ci a été de courte durée (moins de deux mois), la rééducation est inutile. Pour les autres formes, plus prolongées ou à répétition, l'apprentissage du verrouillage lombaire est la méthode à laquelle les kinésithérapeutes sont le mieux formés en France. Le plus souvent, on demandera un verrouillage en position neutre mais parfois, on pourra prescrire un verrouillage en légère cyphose ou lordose, en fonction de ce qui soulage ou aggrave le patient.

Quinze séances sont suffisantes, vingt au grand maximum. Un intervalle d'au moins un an paraît nécessaire entre deux prescriptions au cas où une rechute surviendrait. En effet, la répétition des séances à intervalles trop brefs est inutile.

La rééducation en cyphose n'est indispensable que pour les patients qui souffrent d'un canal lombaire étroit. La rééducation selon McKenzie n'est pas pratiquée en France, faute de praticiens formés à cet effet. La rééducation avec réadaptation à l'effort semble actuellement se développer. Elle n'est disponible que dans de rares centres.

Les RMO

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.

Les soins de masso-kinésithérapie (...) cherchent à améliorer la gestion de la douleur et à diminuer le retentissement fonctionnel (...), sa répercussion dans les actes de la vie courante qu'il s'agisse des activités quotidiennes ordinaires, professionnelles, de loisir, voire sportives.

Le choix de la méthode de rééducation dépend des données de l'évaluation médicale et du bilan para-médical. Une notion importante est la position lombo-pelvienne qui habituellement aggrave ou soulage la lombalgie. Ainsi :

- les techniques d'étirement pour les muscles jugés insuffisamment extensibles;
- la cyphose quand la lombalgie est régulièrement soulagée par la flexion et aggravée par l'extension;
- la lordose dans le cas contraire.

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.