

LE MAL DE DOS



Nous allons tout d'abord définir de quoi on va parler :

de lombalgie, c'est-à-dire douleur des dernières vertèbres du bas du dos.

On distingue

- lombalgie symptomatique, qui est le signe d'une maladie grave (infection, cancer, fracture, maladie inflammatoire...) env 10-15% des lombalgies
- lombalgie commune, qui est un symptôme, qui est une douleur sans lien avec une cause spécifique identifiable ; env 85-90% des lombalgies

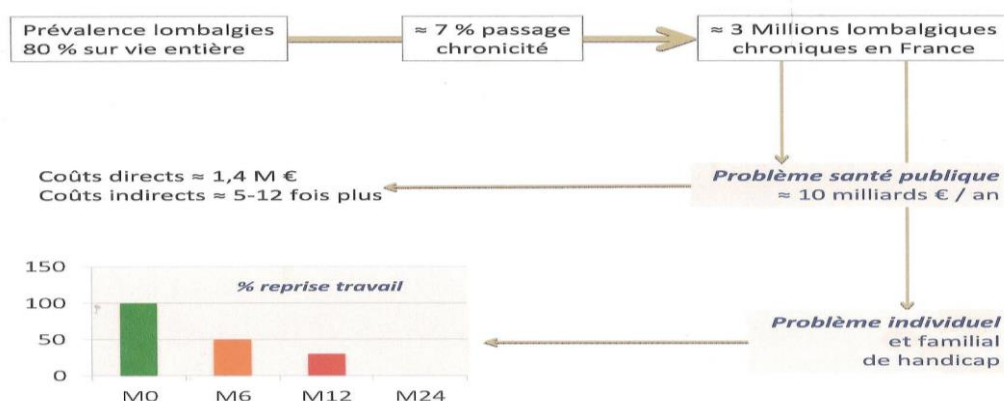
On distingue aussi lombalgie aigue qui dure moins de trois mois et lombalgie chronique qui dure plus de 3 mois.

Nous allons donc parler de lombalgie commune.

1 Tout d'abord quelques chiffres

- 70% des personnes souffriront une fois dans leur vie de lombalgie.
- dans 90 % des cas elles guérissent sans avoir recours à un médecin en moins d'un mois
- selon les études 1 ou 2 personnes sur 10 auront une lombalgie de plus de 3 mois ce qui représente tout de même 3millions de personnes en France.

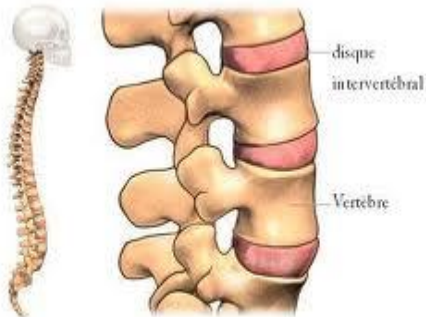
2 Coté professionnel



- la lombalgie représente 1 accident de travail sur 5 et
- 1 maladie professionnelle sur 20 sachant que ne sont déclarées que les plus graves.
- Plus la durée de l'arrêt de travail est longue, plus la personne risque de ne pas reprendre son travail.
- Il s'agit de la première cause de handicap au travail avant 45 ans

- Enfin les actions de prévention menées jusqu'à présent n'ont pas permis de faire baisser la fréquence des lombalgies ni la durée des arrêts de travail

3 Quelles sont les causes de la lombalgie commune



- tout d'abord un peu d'anatomie. On vous montre souvent assez classiquement des vertèbres et des disques d'allure caoutchouteuse entre les vertèbres.
- Mais la réalité est beaucoup plus complexe. Il existe autour de ces

vertèbres de nombreux ligaments, muscles et tendons orientés dans différents sens.

- C'est bien un système musculosquelettique complexe
- Les rôles de cet ensemble
 - o Protéger la moelle épinière et les racines nerveuses
 - o Bouger, contrôler les mouvements
 - o Et stabiliser la position du corps et de la tête dans l'espace pour permettre aux bras et aux mains d'effectuer des gestes précis.

4 Si on reparle des causes

La majorité des lombalgies est la conséquence de lésions des ligaments, muscles et tendons, ou du frottement de la partie postérieure des vertèbres; les lésions des disques n'expliquant qu'une petite proportion des douleurs vertébrales.

Ce qui explique que si l'on fait des radios et scanners à des personnes ne souffrant de rien, on va retrouver 20% de hernie discale.

Et à contrario certains patients très douloureux et handicapés dans leur quotidien n'ont pas de lésion visible sur l'IRM.

Et même, le fait est démontré que, la connaissance par le patient d'une anomalie (hernie ou « becs de perroquet », dont on sait maintenant qu'ils ne sont pas responsables de la lombalgie) perturbe le comportement du patient. Le patient par peur d'aggraver les lésions vues, s'enraidit s'ankylose, surprotège la zone, crée des sursollicitations sur les zones avoisinantes : bref la douleur augmente et s'étend, et le patient diminue progressivement ses activités, et la reprise est d'autant plus douloureuse.



5 On a parlé de causes au pluriel, il y en a d'autres dont on peut parler

Le vieillissement naturel des structures :

- les disques intervertébraux avec l'âge se dessèchent et perdent leurs capacités hydrauliques, ils se « dégonflent »
- les vertèbres frottent plus en arrière, peuvent s'accrocher amenant des douleurs plutôt aux changements de position après position maintenue longtemps (plutôt en extension et en rotation) et peuvent être soulagée en enroulant le dos.
- Un peu plus tard le disque est complètement asséché, les vertèbres entre sont moins mobiles, il n'y a plus de risque de blocage mais il peut y avoir un fond douloureux.

Si ce vieillissement est inévitable ses conséquences sont très variables d'un individu à l'autre et selon l'action individuelle de chacun.

En effet cette zone souffre d'autant plus

- si les autres secteurs se raidissent
- si les efforts ne sont pas adaptés (trop violents ou pas assez fréquents)
- et que la douleur déclenche des comportements aggravant

6 Si on poursuit sur les causes et le comportement individuel on parlera de la sédentarité

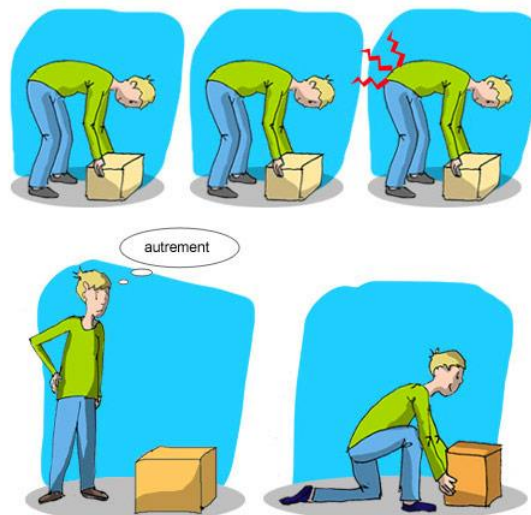
On va éviter, c'était mieux avant quand on commençait les travaux aux champs dans l'enfance

Mais il faut avouer qu'actuellement entre la voiture, le fauteuil du bureau et le canapé devant la télé, il n'y a souvent pas beaucoup de pas.

Et quand il y a activité sportive, elle peut être trop violente ou inadaptée.

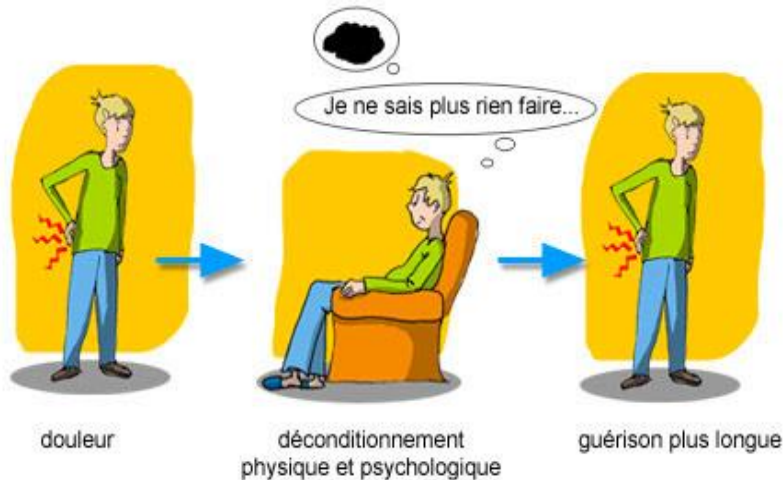
Les conséquences : la musculature autour de la colonne en haut du dos et de la ceinture abdominale diminue mais aussi autour des articulations qui supportent moins bien un effort important. Les ischiojambiers derrière les cuisses s'enraidissent sont moins souples, sont sous-utilisés ce qui amène à tout faire avec la colonne.

De plus étant moins confronté aux efforts réguliers dans l'enfance (marche pour aller à l'école, début du travail plus jeune...), on apprend moins par l'expérimentation à s'adapter à des efforts à risque de provoquer des douleurs. En cas de douleur à l'âge adulte, cet apprentissage non acquis devra alors se faire plus activement par des formations et des exercices pratiques.



7 On touche là du doigt ce qu'on a appelé le « déconditionnement »

Il s'agit d'un cercle vicieux



A partir d'un épisode douloureux lombaire (on a dit d'origine ligamento tendino musculaire),
La douleur est transmise au cerveau
Le cerveau traite l'information de façon intellectuelle.



Différents facteurs interviennent :

- les expériences douloureuses vécues auparavant
- les peurs (de ne pas guérir, rechuter, aggraver la hernie...)
- le caractère personnel (optimiste, pessimiste, bagarreur, fataliste...)
- et l'état du moment : fatigue, stress, déprime, problèmes personnels, problèmes professionnels

En fonction de ces facteurs la douleur va être traitée et prendre une signification émotionnelle

- être négligée, ignorée, mise à l'écart, oubliée
- être entendue et « rangée dans les événements à traiter
- prendre une importance majeure et devenir la préoccupation unique de la personne

On aboutit à 2 profils extrêmes avec bien sûr des intermédiaires possibles :

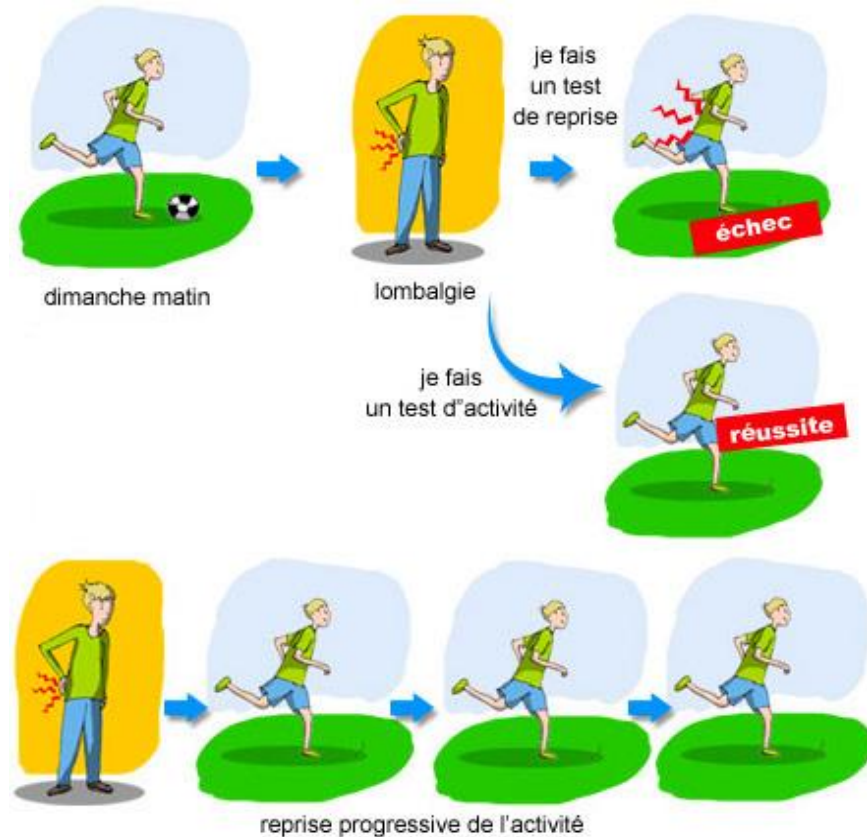
- « adapté » à faire face : la douleur est entendue, perçue sans gravité. Le patient développe des stratégies pour en réduire l'impact et reprendre progressivement une activité normale
- le profil « catastrophiste » : la douleur est considérée comme grave, résultant d'une aggravation, qui pourrait empirer à chaque mouvement.

Ceux-là vont progressivement réduire les gestes quotidiens pour limiter la douleur au départ puis limiter encore plus du fait de l'anticipation des risques de déclencher la douleur. Ils vont

se désadapter à l'effort, réduire leurs capacités, progressivement s'isoler, développer des signes de dépression et évoluer vers un handicap majeur.

Et si à ce moment le lombalgique essaie de sortir de ce cercle vicieux, il peut se confronter à un échec, souvent parce qu'il a tenté une activité identique avec les mêmes objectifs qu'avant les premiers phénomènes douloureux

En effet même si cela est réversible, cela se fera au prix d'une réadaptation progressive, en faisant des choses différentes et autrement.



8 Ceci nous amène à terminer vous l'aurez compris sur la prise en charge.

On assiste effectivement à une révolution :

Les causes et les facteurs aggravants, nous venons d'en parler :

- l'intensité de la douleur ne correspond à une maladie grave
- limiter la musculature et les mouvements aggrave, prolonge la douleur, les incapacités et le risque d'évolution vers un déconditionnement avec risque de dépression et de handicap ou d'invalidité.

DONC :

Le recours aux professionnels de la santé doit aider les patients à

- diminuer au mieux ses douleurs en aigu avec des antalgiques et des anti-inflammatoires, des massages, des manœuvres ostéopathiques pour permettre de réduire le temps de sensation de blocage et de contracture
- repérer bien sûr s'il existe des signes orientant vers une lombalgie signe d'une maladie

- et si ce n'est pas le cas, l'encourager le plus possible à maintenir un maximum de ses activités quotidiennes et le rassurer sur le fait qu'en aucun cas les mouvements n'aggravent une éventuelle lésion.

Cette prise en charge est d'autant plus facilitée que les professionnels travaillent dans le même sens.

Ce d'autant qu'à la phase chronique dont on a parlé, le patient devra vraiment être remis en confiance pour faire des tests d'activités possibles qui seront douloureux au départ mais indispensables pour enclencher la phase de réadaptation.

www.lombalgie.fr site dont les différentes images sont issues

<https://www.youtube.com/watch?v=YllmeyxkXOQ> lien pour regarder l'émission de France 5, Vaincre le mal de dos, qui évoque la notion intéressante de patiente experte, qui par son expérience de lombalgie chronique peut partager son vécu et enrichir de son expérience d'autres patients, plus novices.