

Lombalgie aiguë et subaiguë : la physiothérapie revue et corrigée

3

par Nathalie Chartrand et Richard Mercier

Devriez-vous orienter votre patient souffrant de lombalgie en physiothérapie ? Si oui, connaissez-vous les traitements et les conseils qui lui seraient prodigués ? De quelle façon le physiothérapeute vous informerait-il de l'évolution de l'état du patient et sur quelles données objectives se fonderait-il ? Vous ne songez pas d'emblée au recours à la physiothérapie ? Est-ce que vous devriez éventuellement le faire ? Le présent article a pour but de vous éclairer sur la contribution possible d'un physiothérapeute au suivi d'un patient souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë.

VOUS JUGEZ QUE votre patient récupérerait mieux grâce à des traitements de physiothérapie. Il est essentiel de vous familiariser avec les différentes méthodes que le physiothérapeute pourrait utiliser. Nous présenterons, de façon non exhaustive, deux approches thérapeutiques courantes.

D'une part, il y a l'approche active, selon laquelle le patient doit lui-même jouer un rôle important dans sa récupération. Ce dernier doit donc prendre une part active à ses traitements : les activités fonctionnelles, les exercices et l'éducation sont intégrés et sont au cœur même du plan de traitement.

D'autre part, il y a l'approche passive qui inclut toutes les modalités de traitement que le physiothérapeute administre au patient. Plus précisément, il peut s'agir de modalités antalgiques, comme le neurostimulateur transcutané (TENS),

le courant interférentiel, la chaleur humide et la glace, et de modalités thérapeutiques manuelles, comme les mobilisations articulaires, les massages, etc.

L'approche que privilégie le physiothérapeute dépend de sa formation, de son expérience clinique et des résultats cliniques escomptés. Toutefois, il est raisonnable d'affirmer que les deux approches seront parfois combinées. De plus, la méthode favorisée variera selon que les connaissances du physiothérapeute concernant les données probantes les plus récentes relatives aux lombalgies sont à jour ou non.

Afin d'aider les cliniciens, médecins et physiothérapeutes, à se tenir à jour, il existe de plus en plus de guides de pratique clinique sur les lombalgies. Ils ont été, pour la plupart, élaborés au cours de la dernière décennie dans différents pays et sont le fruit de groupes de travail ayant procédé à une revue exhaustive de la documentation scientifique. Ils ont principalement pour objectif d'améliorer les méthodes diagnostiques et les interventions pratiques.

Selon Koes et coll., qui ont étudié onze guides cliniques, il y a consensus en ce qui concerne l'activation précoce et graduelle, les effets néfastes du repos et la reconnaissance de facteurs psychosociaux, comme les facteurs de risque

M^{me} Nathalie Chartrand, physiothérapeute, est directrice régionale pour le Québec du Centre de réadaptation du dos – Physiothérapie et Réadaptation, affiliés à CBI Health. M. Richard Mercier, physiothérapeute, a une maîtrise en sciences cliniques et est conseiller en prévention au Complexe Physio Mouvement Santé, à Granby.

59

Les guides de pratique clinique préconisent l'approche active, selon laquelle le patient doit jouer un rôle important dans sa récupération. Ce dernier doit donc prendre une part active à ses traitements : les activités fonctionnelles, les exercices et l'éducation sont intégrés et sont au cœur même du plan de traitement.

R É P È R E

de chronicité¹. Certains groupes de travail, comme celui de Paris, recommandent d'encourager le client souffrant de lombalgie subaiguë intermittente ou récurrente à entreprendre un programme d'exercices². À la lumière de ces données probantes, il est primordial que les traitements de physiothérapie comprennent un programme de réactivation et d'exercices.

Toutefois, quels sont les exercices appropriés dans les cas de lombalgies aiguës et subaiguës ? Selon différents ouvrages scientifiques, aucun exercice précis n'est plus bénéfique qu'un autre. Les guides de pratique clinique recommandent un programme d'exercices graduel, des exercices aérobiques sans sauts, ainsi que des exercices de mobilité et de renforcement¹.

Selon notre expérience clinique, il importe aussi d'inclure dans ce programme des exercices visant la maîtrise de la douleur d'origine mécanique. Ce type de douleur d'origine tissulaire peut être occasionné par un mouvement ou une posture soutenue. Mais, lesquels ? Le physiothérapeute doit donc connaître les postures que le patient adopte dans le cadre de ses activités, au travail et à domicile, en vue d'améliorer son hygiène posturale. On lui enseignera des exercices lui permettant de maîtriser la douleur, afin de réduire au minimum le stress imposé aux tissus et à le soulager. Ils seront effectués plusieurs fois durant les activités au courant de la journée, tant en clinique (milieu contrôlé) qu'au travail et à domicile. Les exercices de maîtrise de douleur sont fondés, entre autres, sur l'approche McKenzie, qui sera partiellement illustrée dans les cas à la fin du présent article.

Suffit-il donc de se limiter à un seul programme d'exercices dans le cadre du traitement, puisque les données probantes appuient cette approche ? **Non** pas nécessairement ! Il reste encore beaucoup d'autres modalités thérapeutiques dont l'efficacité dépend, entre autres, de l'expertise du physiothérapeute, mais pour lesquelles il n'existe pas de preuves scientifiques, car il n'y a pas eu de recherches sur le sujet. Conformément aux données probantes, votre patient souffrant de lombalgie aiguë ou subaiguë doit bénéficier avant tout d'une physiothérapie active. La phy-

siothérapie passive peut être complémentaire.

Par ailleurs, tous les guides cliniques révisés soulignent l'importance d'éduquer le patient. Il faut le rassurer quant à la nature bénigne de sa lésion et au pronostic favorable de son état. L'éducation du patient fait partie intégrante des traitements de physiothérapie. À notre avis, un patient qui comprend la nature de sa lésion et les raisons sous-jacentes aux recommandations (application de glace ou de chaleur, exercices) respecte plus facilement son traitement. La simplicité et la répétition sont deux éléments primordiaux de l'éducation du patient !

L'éducation doit porter non seulement sur la nature de la lésion, l'importance de la réactivation (données scientifiques vulgarisées) et la récupération escomptée, mais aussi sur les moyens qui seront utilisés pour y parvenir et sur l'importance de la participation du patient. La physiothérapie comprend aussi l'utilisation, à domicile, au travail et dans les loisirs, de stratégies enseignées en milieu clinique. Pour le patient souffrant, il y a une grande différence entre **entendre** qu'il doit se réactiver et savoir **comment** le faire malgré son malaise. Si sa douleur au dos augmente au début d'un programme d'exercices, il sera porté à se protéger, voire à choisir l'inactivité. Le message éducatif doit alors être répété. L'enseignement doit aussi être progressif et adapté, en tenant compte des craintes et hésitations de chacun. Toutefois, pour vraiment rassurer et encourager le patient, il faut que les messages véhiculés tant par le médecin traitant que le physiothérapeute soient concordants et fondés sur des données scientifiques probantes.

Comment évaluer le progrès de votre patient qui bénéficie d'une approche active ? Deux types de données vous aideront à le faire : les données subjectives (patient qui vous parlera de l'évolution de sa douleur) et les données objectives du physiothérapeute. De façon générale, le physiothérapeute fournira au patient une note d'évolution avant un rendez-vous médical. Il est primordial d'y retrouver des éléments objectifs et fonctionnels, comme l'amplitude articulaire mesurée, la force musculaire mesurée, l'endurance musculaire mesurée, la tolérance à l'activité et la capacité à effectuer une tâche donnée. Ces données fonctionnelles

Un patient qui comprend la nature de sa lésion et les raisons sous-jacentes aux recommandations (application de glace ou de chaleur, exercices) respecte plus facilement son traitement. La simplicité et la répétition sont deux éléments primordiaux de l'éducation du patient.

aident le médecin traitant, qui ne peut pas lui-même les mesurer pendant une consultation, à faire ses recommandations.

Transposons cette information dans nos histoires de cas.

Premier cas : Monsieur A.B.

Monsieur A.B., technicien en informatique de 30 ans, consulte pour une entorse dorsolombaire apparue il y a deux jours en déplaçant un ordinateur placé sous le bureau d'un client. Il s'agit de sa première visite à votre clinique.

Monsieur A.B. vous demande conseil. Quels sont les exercices qu'il doit faire et ceux qu'il doit éviter ? Vous le dirigez en physiothérapie pour quelques séances d'information et de réactivation.

Au moment de l'évaluation par le physiothérapeute, la douleur typique de Monsieur A.B. est pratiquement disparue à ce stade. Au cours d'une première séance, des exercices d'étirement pour la charnière dorsolombaire lui sont enseignés. On lui recommande de les effectuer trois à quatre fois par jour au besoin, c'est-à-dire si la douleur l'incommode. De plus, il bénéficie d'un enseignement d'hygiène posturale sur la façon de soulever et de déplacer un ordinateur, et on l'informe que ces stratégies s'appliquent à tous les soulèvements de charges légères ou lourdes, tant dans sa vie quotidienne qu'au travail (*photo 1*).

On lui recommande, en outre, de se lever toutes les vingt à trente minutes, car la position statique assise peut être inconfortable. On révisé aussi sa position assise à l'ordinateur. Des exercices d'étirement des membres inférieurs (ilio-psoas, quadriceps, ischiojambiers, mollets) pourraient être inclus si Monsieur A.B. présente un manque de souplesse à ce niveau.

Son programme d'exercices comprend la marche, à raison de trente minutes par jour. On débute des exercices en rotation, dans une amplitude non douloureuse, à raison de deux fois par jour (*photo 2*). Monsieur A.B. est aussi rassuré quant à l'évolution positive de son état.

Au cours d'une séance subséquente, le programme



Photo 1. Enseignement d'hygiène posturale : technique de levage

d'exercices est exécuté à la clinique pour s'assurer que Monsieur A.B. le fait bien. On ajoute des exercices quotidiens de renforcement pour les extenseurs supérieurs et inférieurs du dos. Des exercices de renforcement pour les membres inférieurs sont ajoutés si Monsieur A.B. ressent à ce niveau une faiblesse qui l'empêche de bien s'accroupir pour soulever une charge. Les rotations droite et gauche du tronc sont complètes et indolores. Un suivi effectué deux semaines plus tard confirme que Monsieur A.B. se porte bien grâce au programme d'exercices. Tous les exercices sont alors réunis en un même programme, à effectuer au moins trois à quatre fois par semaine pour prévenir une récurrence. Le rapport final de physiothérapie destiné à son médecin lui est remis.

Deuxième cas : Madame C.D.

Madame C.D. est cette infirmière auxiliaire de 45 ans qui

Il est primordial de retrouver dans la note d'évolution du physiothérapeute à l'intention du médecin, des éléments objectifs et fonctionnels, comme l'amplitude articulaire mesurée, la force musculaire mesurée, l'endurance musculaire mesurée, la tolérance à l'activité et la capacité à effectuer une tâche donnée. Ces données fonctionnelles aident le médecin traitant à faire ses recommandations.



Photo 2. Exercice d'étirement en rotation

souffre d'une atteinte radiculaire L4-L5 gauche. Elle est orientée en physiothérapie après une semaine de traitement par des analgésiques et des myorelaxants. Elle présente, à l'évaluation, une diminution d'amplitude articulaire importante : sa flexion n'est que de 50 degrés (normale : 120 degrés) et son extension, de 20 degrés (normale : 40 degrés).

Les signes neurologiques identifiés par le médecin sont toujours présents. Les symptômes de Madame C.D. augmentent en intensité au cours de la flexion debout et couchée. En extension statique couchée, les symptômes au tiers latéral externe de la jambe gauche diminuent considérablement.

Au premier traitement, on lui enseigne ce qu'est une hernie discale ainsi que l'effet des différents mouvements et des diverses postures sur celle-ci, l'évolution usuelle de cet état et les principes de centralisation de la douleur. On utilise le courant interférentiel (IFC) comme modalité antalgique en raison de ses propriétés anti-inflammatoires. On lui demande d'éviter de rester penchée et as-

L'application de courant interférentiel vise à diminuer la douleur. En position assise, on recommande de placer les fesses le plus possible au fond de la chaise pour favoriser l'extension lombaire et diminuer la douleur à la jambe.

Au cours du premier mois, Madame C.D. est vue en physiothérapie trois fois par semaine. Les douleurs au

sièges de façon prolongée (20 minutes au maximum à chaque fois). On lui enseigne la position ventrale en extension sur les coudes et lui indique de la prendre toutes les heures à la maison de 5 à 10 minutes, en lui expliquant que cela diminuera la douleur à la jambe. Cette extension sera son exercice de maîtrise de la douleur.

On la revoit trois jours plus tard. La douleur au tiers externe de la jambe a diminué de 8/10 à 4/10. Les consignes enseignées ont été suivies. La position assise demeure difficile. La position d'extension en décubitus ventral est révisée. On tente d'augmenter l'amplitude du mouvement, mais cela occasionne un accroissement de la douleur à la jambe. On opte donc pour un mouvement actif d'extension sur les coudes qui diminue la douleur à la jambe à 1/10 et qu'elle doit effectuer à la maison toutes les heures.



Photo 3. Exercice d'extensions répétées

membre inférieur gauche diminuent graduellement et celles au dos augmentent (centralisation des symptômes) jusqu'à l'abolition complète de la douleur au membre inférieur. À l'examen neurologique, le signe de Lasègue est maintenant disparu, mais la diminution de la force d'extension du premier orteil persiste.

Au bout de quatre semaines, l'exercice de maîtrise de la douleur est modifié par des extensions répétées en décubitus ventral, à effectuer une dizaine de fois toutes les heures (photo 3). Elle peut maintenant le faire en position debout. Elle peut supprimer complètement la douleur avec ces mouvements et, pour la première fois cette semaine, elle a connu une journée complète sans douleur. On diminue l'application du courant interférentiel. On a commencé un programme d'exercices en clinique, soit quelques étirements des membres supérieurs, puis du tapis roulant pendant 20 minutes, ensuite des étirements des quadriceps, des ilio-psoas et des mollets et, enfin, l'exercice de maîtrise de la douleur.

On lui enseigne de bonnes techniques pour se lever du lit, se mettre en position assise, ramasser un objet au sol et attacher ses souliers en évitant la flexion. Le rouleau lombaire en position assise lui est recommandé puisqu'il favorise la lordose lombaire. La tolérance assise



Photo 4. Renforcement des extenseurs sur un ballon

de Madame C.D. s'améliore avec cet outil.

Au cours du deuxième mois, on diminue les fréquences des traitements à deux fois par semaine. On commence les mouvements de flexion en position couchée, à la suite d'une période de 24 heures sans douleur. On ajoute ensuite des étirements pour les ischiojambiers. On mesure de façon objective son amplitude articulaire régulièrement ainsi que son endurance musculaire du tronc. On entreprend ensuite des exercices de stabilisation lombaire et de renforcement pour les extenseurs du dos (photos 4, 5 et 6), les abdominaux (photos 7 et 8) et les obliques.



Photos 5 et 6. Renforcement des extenseurs du tronc. Peut se faire au bord d'un lit.



Photos 7 et 8. Exercices de renforcement des muscles abdominaux

Madame C.D. a recommencé à participer aux soins de sa mère sans transfert ou soulèvement de charge. Au travail, elle effectue plusieurs tâches, sauf le déplacement des patients.

On simule en clinique les mouvements de déplacement de patients avec des poids légers, puis de plus en plus lourds. On prépare une note d'évolution pour son médecin traitant qu'elle revoit le lendemain.

Au cours du troisième mois, les fréquences de traitement sont réduites à une fois par semaine pendant de deux à trois semaines pour assurer un suivi avec le retour au travail régulier. Elle reçoit ensuite son congé de physiothérapie ainsi qu'un programme d'exercices à poursuivre à domicile.

Troisième cas : Monsieur G.H.

Monsieur G.H., un homme de 47 ans, consulte pour une lombalgie sans irradiation.

En physiothérapie, Monsieur G.H. est traité selon une approche active et beaucoup d'éducation, y compris l'apprentissage de techniques de maîtrise de la douleur qui fonctionnent, selon lui, de façon sporadique. Monsieur G.H. se limite beaucoup dans ses activités à domicile, malgré l'éducation et l'encouragement reçus. À la clinique, il démontre des contradictions entre les données indiquées et mesurées ainsi qu'entre les données mesurées et observées. Il présente des signes de Waddell (voir l'article Lombalgie et chronicité : dépistage précoce des D^{rs} Michel Rossignol et Alain Neveu). À chaque séance, l'éducation est à recommencer, car Monsieur G.H. a peur de se réactiver !

En accord avec le médecin traitant, les séances de physiothérapie cessent après trois semaines, étant donné l'absence d'amélioration objective. Monsieur G.H. a besoin des soins d'une équipe d'évaluation et de réadaptation multidisciplinaire. Ce genre d'équipe peut comprendre un physiothérapeute, un ergothérapeute, un kinésologue, un médecin (omnipraticien ou spécialiste) et un psychologue.

IL EST IMPORTANT de ne pas hésiter à communiquer avec les cliniques de physiothérapie où vous envoyez vos patients, afin de vous assurer qu'elles appliquent les recommandations issues des données probantes sur les lombalgies aiguës et subaiguës.

Votre patient qui souffre de lombalgie doit recevoir des traitements de physiothérapie dont l'efficacité est reconnue, c'est-à-dire comportant un volet réactivation et un volet éducation. Les messages véhiculés par les médecins et les physiothérapeutes doivent refléter les données probantes connues et être concordants (photos 9 et 10).

De plus, le physiothérapeute et le médecin traitant doivent connaître et dépister les facteurs psychosociaux susceptibles de provoquer des risques de chronicité et en discuter pour pouvoir mettre en place rapidement une thérapie, lorsque l'approche usuelle ne donne pas les résultats escomptés. On évite ainsi de prolonger indûment des traitements inefficaces qui n'améliorent pas l'état fonctionnel, en particulier les traitements passifs à but uniquement analgésique. ❌

Date de réception : 29 avril 2003

Date d'acceptation : 2 juillet 2003

Mots clés : physiothérapie, approche active, approche passive, éducation du patient.



Photos 9 et 10. Tous les professionnels doivent transmettre des renseignements concordants à la patiente.

S U M M A R Y

Acute and sub-acute low back pain: physical therapy reedited.

A distinction is made between two approaches: passive and active physiotherapy. The active approach is emphasized. Evidence-based data establish the importance of patient involvement in the treatment plan. The patient playing an active role in exercising and learning about his low back problem is proven to be an effective method. Pain control exercises, such as the McKenzie techniques, and patient education are integrated parts in planning an exercise program.

To ensure a patient's full cooperation, understanding and compliance, the physician and physical therapist should deliver the same kind of information, based on scientific data. Emphasis should be made on a patient's progress and function rather than on pain control. These principles are illustrated in three case histories. First case: three sessions to learn an exercise program and proper techniques for lifting objects. Second case: three months of progressive treatment with a positive evolution. Third case: rapid referral to a rehabilitation team with multidisciplinary approach.

Key words: physiotherapy, active approach, passive approach, patient's education.

Bibliographie

1. Koes BW, VanTulder MW, Ostelo R, Burton AK, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001 ; 26 : 2504-14.
2. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M et coll. The role of activity in the therapeutic management of back pain. *Spine* 2000 ; 25 (suppl) : 1-33.
3. Bigos S, Bowyer O, Braen G et coll. Acute low back problems in adult: Clinical practice guideline no. 14. *AHCPR* décembre 1994 (95-0645).
4. Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorder: Summary and general recommendations. *Spine* 2000 ; 25 : 3100-3.
5. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJHM, Bombardier C, Croft P, Koes B et coll. Outcome measures for low back pain research. *Spine* 1998 ; 23 : 2003-13.
6. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain – Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. National Survey. *Spine* 1995 ; 20 (1) : 11-9.
7. Donelson R, Aprill C, Medcalf R, Grant W. A prospective study of centralization of lumbar and referred pain: a predictor of symptomatic discs and anular competence. *Spine* 1997 ; 22 (10) : 1115-22.
8. Long A. The centralization phenomenon: its usefulness as a predictor of outcome in conservative treatment of chronic low back pain (a pilot study). *Spine* 1995 ; 20 : 2513-21.
9. Royal College of General Practitioners, *Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain*. London : 1999.
10. Van Tulder MW et coll. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine* 2000 ; 25 : 2784-96.
11. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bedrest and advice to stay active for acute low back pain. *British Journal for General Practitioners* 1997 ; 47 : 647-52.