

COMPRENDRE & GÉRER VOTRE MAL DE DOS





La Clinique du Dos du CHU de Liège : une équipe multidisciplinaire d'experts



Contact

Clinique du Dos, CHUOA (Esneux)

Service de Médecine de l'Appareil Locomoteur du CHU de Liège

Rue Grandfosse 31-33 | 4130 Esneux

+32 (0)4 242 56 51 | cliniquedudos@chu.ulg.ac.be | www.chudeliege.be

Chef de service : Professeur Jean-François Kaux | Chef kiné : Pierre Frankinet

Table des matières

Introduction	07
---------------------------	-----------

PARTIE 1 : GÉNÉRALITÉS	09
-------------------------------------	-----------

La lombalgie : définitions	09
---	-----------

Que signifie réellement le mot « lombalgie » ?	09
--	----

Quels sont les différents types de lombalgie ?	09
--	----

Comprendre le dos	10
--------------------------------	-----------

De quoi se compose le dos ?	10
-----------------------------------	----

Quel rôle joue la colonne vertébrale ?	12
--	----

Quelles sont les courbures normales du dos ?	12
--	----

Quelles sont les conséquences de courbures « anormales » ?	13
--	----

Quelle est la fonction du disque intervertébral	
---	--

et quelles sont ses particularités ?	13
--	----

Quel est le rôle des muscles du tronc ?	13
---	----

La douleur : comment ça marche? A quoi sert-elle normalement ?	15
---	-----------

PARTIE 2 : J'AI UNE LOMBALGIE « AIGUË » (DEPUIS MOINS DE 6 SEMAINES)	19
---	-----------

Qu'est-ce qui provoque cette douleur ?	19
---	-----------

Comment la douleur va-t-elle évoluer ?	19
---	-----------

Que faire pour gérer cette douleur ?	20
---	-----------

Quand dois-je m'inquiéter et consulter un médecin ?	21
--	-----------

PARTIE 3 : J'AI UNE LOMBALGIE « CHRONIQUE » (DEPUIS PLUS DE 3 MOIS)	23
--	-----------

Comment expliquer la persistance de la douleur ?	23
---	-----------

Quelle prise en charge est recommandée en cas de douleurs chroniques ?	25
---	-----------

Prévention de la douleur et facteurs de risque	26
---	-----------

Quels sont les facteurs de risque favorisant le maintien	
--	--

d'une lombalgie ?	26
-------------------------	----

Quels sont les moyens de prévention (de la chronicisation)	
--	--

de la douleur ?	28
-----------------------	----

PARTIE 4 : COMPRENDRE LE DIAGNOSTIC DU MÉDECIN	31
Qu'est-ce qu'un lumbago (« tour de rein ») ?	31
Quelles sont les modifications discales les plus courantes et leurs conséquences ?	31
Qu'est-ce qu'un canal lombaire étroit ?	33
Quelles sont les causes et conséquences de l'arthrose ?	34
Les examens complémentaires	35
Intérêt de l'imagerie médicale (radio, scanner, IRM) ?	35

PARTIE 5 : LES TRAITEMENTS DU MAL DE DOS	37
Quels médicaments peuvent être utilisés et quelles sont leurs indications ?	37
Que penser des infiltrations ?	38
Quels sont les moyens qui existent pour gérer le stress ?	39
Quelles techniques de kinésithérapie sont recommandées ?	39
Qu'est-ce que la thérapie manuelle ?	40
Qu'est-ce que l'ostéopathie ?	40
Que penser des manipulations vertébrales ?	41
Quel est l'intérêt des corsets/ceintures lombaires ?	41
Quel est l'intérêt des programmes de révalidation pluridisciplinaire ?	42
Qu'est-ce que la « thérapie cognitivo-comportementale » ?	44
Qu'est-ce que l'« éducation à la neurophysiologie de la douleur » ?	45
Qu'est-ce qu'une rhizotomie facettaire ?	45
La chirurgie : quand et comment ?	46

PARTIE 6 : LE DOS DANS LA VIE QUOTIDIENNE ET AU TRAVAIL	49
Quel est le lien entre la douleur et le stress ?	49
La position couchée	50
Y a-t-il une position recommandée pour dormir ?	50
Quels sont les conseils en matière de literie ?	50
La position debout et la position assise	51
Comment gérer la position debout statique prolongée ?	51
Comment gérer sa position lors d'un travail physique ?	52
Existe-t-il une bonne position assise ?	53
Comment régler son siège de bureau ?	54
Comment intégrer le mouvement dans un travail assis ?	55

La voiture	56
Comment régler la position de conduite ?.....	56
Que faire si on doit effectuer un long déplacement en voiture ?.....	56
Comment choisir sa voiture ?.....	57
La manutention de charges lourdes	58
Quelle est la meilleure technique pour manipuler une charge lourde ?.....	58
Quelles sont les règles de stockage	59
Comment expliquer et traiter les lombalgies lors de la grossesse ?	59
Comment économiser son dos lorsqu'on s'occupe d'enfants en bas-âge ?	60
Comment se faciliter la vie lors des tâches quotidiennes	61
Les exercices et les activités physiques	61
Quelles sont les activités recommandées pour les personnes qui ont (eu) mal au dos ? Y a-t-il des sports à éviter ?.....	62
La survenue de douleurs après des exercices signifie-t-elle qu'ils sont néfastes ?.....	62
Dois-je faire des exercices quotidiens à la maison, et si oui, lesquels ?.....	63
Faut-il nécessairement renforcer ses abdominaux ?.....	64
CONCLUSION	64

Avec la collaboration :

De l'ensemble des autres intervenants de la Clinique du Dos du CHU de Liège :

Bastin R. (Ostéopathe) | Bethlen S. (Médecine Physique) | Biquet A. (Ergothérapeute) | Colman D. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuel) | Couffignal V. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuel) | Dardinne N. (Kinésithérapeute) | Distrée V. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuel) | Duvalon L. (Kinésithérapeute) | Ennen A. (Ergothérapeute) | Martin E. (Kinésithérapeute) | Martin G. (Kinésithérapeute - Ergothérapeute) | Martin S. (Ergothérapeute) | Meurisse F. (Kinésithérapeute) | Pirson S. (Ergothérapeute) | Renard C. (Kinésithérapeute) | Salamun I. (Psychologue) | Téodoro J. (Ergothérapeute) | Toussaint G. (Ostéopathe) | Coralie Van Limbergen (Psychologue) | Wolfs S. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuel) | Wuinant N. (Kinésithérapeute) | Ziant S. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuel) | Zappala B. (Ergothérapeute).

Et de :

Adib N. (Kinésithérapeute) | Bendif A. (Kinésithérapeute) | Defaweux M. (Kinésithérapeute) | Fettweis T. (Kinésithérapeute) | Haugustaine L. (Kinésithérapeute) | Pauly L. (Etudiante en kinésithérapie)

Avec les conseils d'experts nationaux et internationaux :

Depas Y. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuel, Esneux) | Foucart J. (Psychologue, Université libre de Bruxelles) | Genevay S. (Rhumatologue, Genève, Suisse ; Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie (SFR)) | Hage R. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuel, Bruxelles) | Mairiaux P. (Médecine du travail, Université de Liège) | Marty M. (Rhumatologue, Créteil, France ; Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie (SFR)) | Roussel N. (Kinésithérapeute - Thérapeute manuelle, PhD, Université d'Anvers ; Belgian Back Society (BBS)) | Rozenberg S. (Rhumatologue, Paris, France ; Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie (SFR)) | Stevens V. (Kinésithérapeute, PhD, La Défense)

Toute reproduction de cette brochure, en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite.

Éd. responsable : Pr. Jean-François KAUX

CHU de Liège | 1, Avenue de l'Hôpital | 4000 LIÈGE

Photos et illustrations : Béatrice Duculot, Laura Pauly, Michel Houet, Dreamstime, Shutterstock.

Mise en page et impression : Snel - 4041 VOTTEM (LIÈGE)



Introduction

La lombalgie (douleur se situant dans le bas du dos) constitue une affection fréquente dans la population adulte des pays industrialisés. On évoque souvent le mal de dos comme « le mal du siècle » puisque plus de 80% de la population a souffert, souffre, ou souffrira un jour de mal de dos. Les lombalgies constituent par ailleurs la première cause d'absentéisme au travail dans de nombreux pays. Les répercussions socio-économiques liées aux douleurs lombaires, conduisant certains à utiliser le terme de « fléau socioéconomique », résultent des **lombalgies persistant plus de 3 mois (lombalgies chroniques)** qui **affectent pourtant moins de 10% des lombalgiques**. Les causes potentielles des lombalgies sont nombreuses mais il s'agit **le plus souvent** de douleurs d'origine mécanique **non graves et d'évolution naturelle favorable** (les lombalgies de près de 90% des patients s'améliorent endéans 1 mois d'évolution). Si chacun a sa propre histoire (en termes de causes, de contexte socio-professionnel et psychologique), la conséquence sera la même pour tous : une douleur, parfois présente au quotidien, et qu'il faudra gérer.

Cette **brochure** est destinée aux personnes souffrant ou ayant souffert de lombalgies. Elle a été **conçue par un groupe de spécia-**

listes (médecins spécialistes en médecine physique, rhumatologie, médecine du travail... – kinésithérapeutes – thérapeutes manuels – ostéopathes – psychologues – ergonomes) pour vous rassurer et répondre à vos principales questions relatives à l'origine de la douleur, à l'anatomie de la colonne vertébrale, au comportement à adopter en présence de douleurs, à l'intérêt des examens complémentaires et aux traitements à privilégier.

Cette brochure est divisée en différentes sections et rédigée sous forme de questions-réponses. Vous pourrez **consulter la table des matières pour identifier les parties qui vous intéressent** afin d'obtenir rapidement les réponses aux questions que vous vous posez.

La majorité des explications et des conseils décrits sont également applicables aux patients souffrant de cervicalgies (douleurs localisées au niveau de la nuque).

Consultez régulièrement cette brochure **et, si vous avez des questions complémentaires, discutez-en avec un thérapeute spécialisé dans la prise en charge des problèmes de dos.**



● Professeur J-F Kaux



- 09 ▶ La lombalgie : définitions
- 10 ▶ Comprendre le dos
- 15 ▶ La douleur : comment ça marche ?
A quoi sert-elle normalement ?

> PARTIE 1

Généralités

✓ La lombalgie : définitions

Que signifie réellement le mot « lombalgie » ?

La lombalgie définit une douleur (« algie ») dans le bas du dos (entre la 12^{ème} côte et le pli fessier), éventuellement associée à une irradiation dans le membre inférieur (lombo-cruralgie ou lombo-sciatalgie). Il s'agit plutôt d'un symptôme que d'une maladie. La définition de la lombalgie fait référence à la « douleur », définie comme étant « **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en des termes évoquant de telles lésions** » (International Association for the Study of Pain). Cette définition illustre le caractère complexe et subjectif de la lombalgie. En effet, en raison de l'expérience et du vécu personnel de chacun, une même lésion ne sera pas perçue de la même façon par tout le monde, que ce soit en termes d'intensité ou d'invalidité. Cette définition souligne par ailleurs qu'une douleur peut également être présente en l'absence de lésion tissulaire.

Quels sont les différents types de lombalgie ?

a) En termes d'origine de la douleur

Les « **lombalgies spécifiques** » concernent une **minorité (environ 5%) de patients**. Elles résultent d'une atteinte non mécanique de la colonne vertébrale : affections métaboliques, inflammatoires, infectieuses ou tumorales du rachis. **Un interrogatoire et un examen clinique bien menés permettent au médecin de diagnostiquer ce type de lombalgie qui nécessite un traitement médical adapté.**

Les « **lombalgies non-spécifiques** » **ne sont pas « graves »**, elles sont généralement d'origine mécanique et **représentent plus de 90% des cas**. C'est la raison pour laquelle on parle souvent de « lombalgies communes ». **L'origine précise des douleurs reste le plus souvent impossible à identifier.** Il peut s'agir du disque intervertébral, de petites articulations entre les vertèbres, de ligaments, de structures du système nerveux, de muscles...

De plus, divers facteurs psychosociaux peuvent contribuer à la perception de la douleur (voir « *La douleur comment ça marche ?* » page 15 et « *Quels sont les facteurs de risque favorisant le maintien d'une lombalgie ?* » page 26).

b) En termes de durée d'évolution

On parle de:

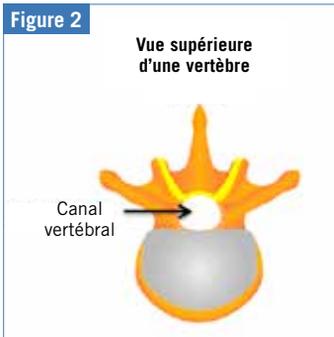
- › « **lombalgie aiguë** » si la douleur n'excède pas 6 semaines (ce qui arrive dans la majorité des cas) ;
- › « **lombalgie sub-aiguë** » en cas de douleur d'une durée comprise entre 6 et 12 semaines ;
- › « **lombalgie chronique** » en présence de douleur persistant depuis plus de 3 mois. **Le qualificatif « chronique » ne signifie donc pas que la douleur est irréversible.**

Enfin, certains patients présentent plusieurs épisodes aigus, survenant de façon plus ou moins régulière, espacés par des périodes non-invalidantes voire non douloureuses ; on parle alors de « **lombalgie récidivante ou récurrente** ».

✓ Comprendre le dos...

De quoi se compose le dos ?

La colonne vertébrale comporte un **empilement de vertèbres** (Figure 1) :



7 vertèbres cervicales (numérotées de C1 à C7), 12 vertèbres dorsales (D1 à D12) et 5 vertèbres lombaires (numérotées de L1 à L5). Elle se termine par le sacrum (qui correspond à la fusion des 5 vertèbres sacrées) et le coccyx. En se superposant, les vertèbres

forment un canal (le canal vertébral) qui protège la moelle épinière (Figure 2).

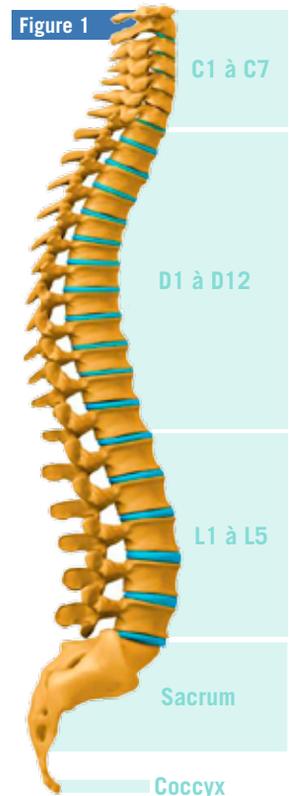
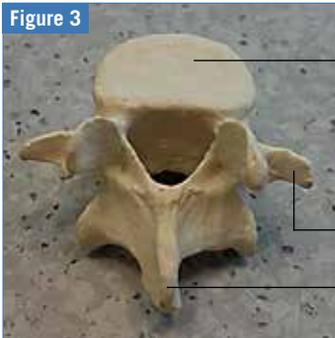
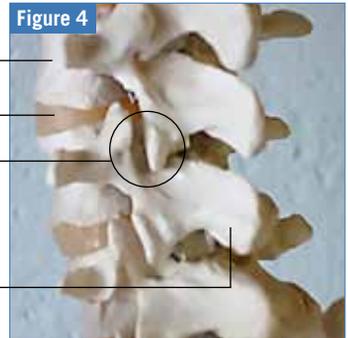


Figure 3



Corps vertébral
Disque intervertébral
Articulation zygapophysaire
Apophyse transverse
Apophyse épineuse

Figure 4

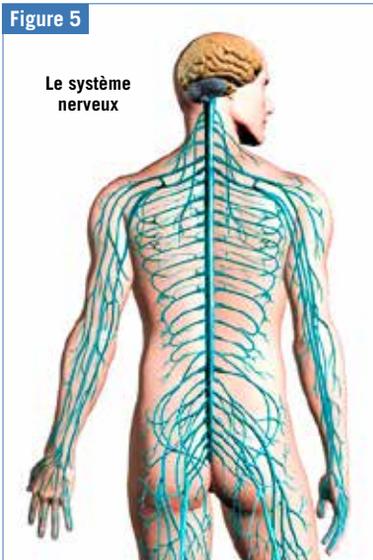


Les vertèbres sont en contact les unes avec les autres via 3 points d'appui :

- > 2 **articulations** postérieures zygapophysaires (les facettes articulaires). (Figures 3 et 4)
- > un **disque** intervertébral en avant (véritable amortisseur hydraulique composé de plus de 95% d'eau) (Figure 4). Le disque porte le nom des vertèbres qu'il sépare (exemple : le disque «L4-L5» sépare les 4^{ème} et 5^{ème} vertèbres lombaires).

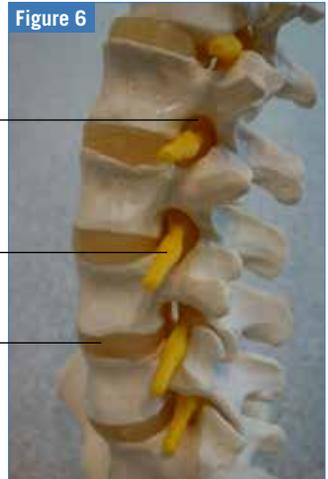
Le **système nerveux** (Figure 5) comprend la **moelle épinière** qui se présente comme un fin cordon blanc (environ 45cm de long) ; elle assure le prolongement du cerveau en dehors de la boîte crânienne. Il comprend aussi les racines nerveuses qui constituent en quelque sorte le câblage électrique issu de la moelle épinière. Ces racines nerveuses émergent de la colonne vertébrale au travers d'orifices latéraux (les foramens appelés aussi trous de conjugaison) (Figure 6). De chaque côté, les racines fusionnent entre elles afin de former les plexus puis les différents nerfs (crural, sciatique) des membres.

Figure 5



Le système nerveux

Figure 6



Trou de conjugaison
Racine nerveuse
Disque intervertébral

La moelle épinière peut être comparée à une autoroute où circulent un grand nombre de véhicules (informations). Certaines voitures circulent dans un sens (exemple : vers nos muscles pour permettre le mouvement) et d'autres dans le sens opposé (vers le cerveau pour permettre de ressentir l'environnement extérieur). Chaque sortie d'autoroute (les racines nerveuses) débouche sur un rond-point (le plexus nerveux) qui redistribue le trafic sur des routes nationales (gros nerfs). Chaque route nationale parcourt une partie du corps et se ramifie en diverses petites routes communales qui mènent à une destination précise (muscle, organe,...).

La colonne vertébrale comporte également de nombreux **ligaments** qui stabilisent passivement les différentes structures et qui ressemblent à des bandelettes tissulaires (sorte de sparadrap).

Le dos se compose enfin de **nombreux muscles** de taille très variable (Figure 7). Leur action coordonnée assure une fonction dynamique permettant les mouvements du tronc, mais également une importante fonction stabilisatrice (le maintien des vertèbres entre elles).

Figure 7



Figure issue du logiciel 3DRX proposé par Gymna

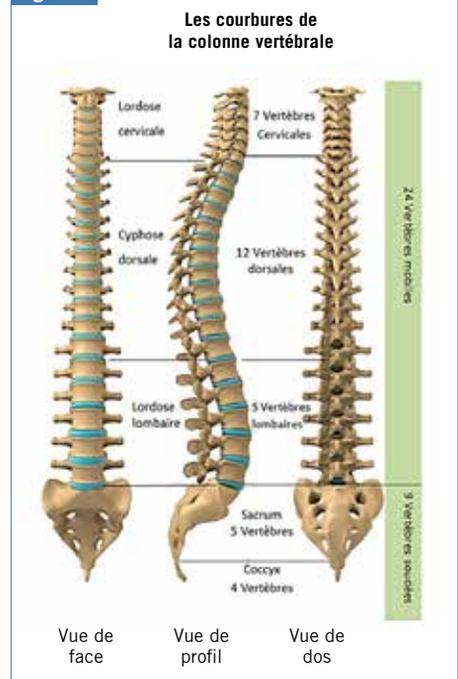
Quel rôle joue la colonne vertébrale ?

Tel un châssis mobile, la colonne vertébrale constitue une **charpente résistante** aux chocs et aux forces tout en protégeant la moelle épinière. Chez l'être humain (bipède), la colonne vertébrale, verticale, exerce aussi un rôle de **soutien** pour le tronc, comme une colonne de bâtiment.

Quelles sont les courbures normales du dos ?

La colonne vertébrale présente une forme particulière ; **vue de profil**, on observe **3 courbures naturelles** (Figure 8) : un creux dans la nuque (la lordose cervicale), une bosse au milieu du dos (la cyphose dorsale) et un creux dans le bas du dos (la lordose lombaire). **Ces courbures participent au rôle d'« amortisseur vertical » et confèrent une certaine résistance à la colonne.**

Figure 8



Quelles sont les conséquences de courbures « anormales » ?

Un effacement des courbures de la colonne ou une accentuation de celles-ci (hyperlordose ou hypercyphose) peuvent augmenter les contraintes exercées au niveau des vertèbres et des disques intervertébraux, et dans certains cas, être à l'origine de douleurs. Ces modifications de courbures peuvent être d'origine constitutionnelle, dégénérative ou musculaire ; dans ce dernier cas, des assouplissements ou des exercices de tonification musculaire peuvent être efficaces pour retrouver des courbures plus physiologiques et/ou limiter l'accentuation de celles-ci.

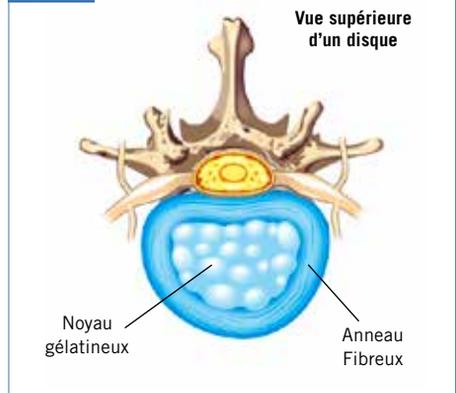
La colonne vertébrale présente parfois des courbures latérales : on parle alors de **scoliose** (colonne en S). Cette déviation évolue surtout durant la période de croissance pubertaire (et nécessite un suivi médical rigoureux pendant cette période). Une **légère scoliose n'accroît pas le risque de lombalgie**.

Quelle est la fonction du disque intervertébral et quelles sont ses particularités ?

Le disque intervertébral exerce un rôle de coussin **amortisseur** et permet d'**assurer le mouvement** de la colonne vertébrale en se déformant. Il joue également un rôle important dans la **contention** en « fixant » les vertèbres les unes aux autres.

Le disque comporte en son centre un noyau gélatineux (structure gorgée d'eau qui assure l'amortissement) entouré de couches de fibres de collagène (l'anneau fibreux) qui présentent une structure en « pelure d'oignon » et qui permettent de maintenir au centre le noyau gélatineux

Figure 9



(Figure 9). Seules les fibres les plus externes sont innervées.

Le disque présente la particularité de ne **pas être vascularisé** et de **devoir se « nourrir » par lui-même** à partir des plateaux vertébraux. **A l'image d'une éponge, c'est le mouvement** (et notamment la marche) **qui permet les échanges d'eau et de nutriments**. C'est la raison pour laquelle une **position statique prolongée peut expliquer l'apparition de douleurs dans le bas du dos** et pourquoi **bouger est essentiel pour assurer l'hydratation et la nutrition du disque intervertébral**.

Quel est le rôle des muscles du tronc ?

Les **muscles du tronc** (muscles paravertébraux et abdominaux) **assurent** par leur action coordonnée, la **stabilité et les mouvements du tronc** (Figures 10 et 11). Les muscles du tronc sont souvent divisés en deux groupes, à savoir ;

- > des **muscles mobilisateurs longs et superficiels** (les érecteurs du rachis, les grands droits de l'abdomen et le grand oblique), qui assurent le maintien et les mouvements du tronc ;

► des **muscles profonds stabilisateurs** (le multifidus et le transverse de l'abdomen, véritable corset musculaire), qui stabilisent les vertèbres entre elles et assurent un contrôle optimal lors des mouvements.

Un **dysfonctionnement des muscles profonds** (ex : retard d'activation, manque de coordination, inhibition...) **peut**, chez certains patients, **constituer un facteur de risque** de l'apparition, du maintien ou de la récurrence des douleurs.

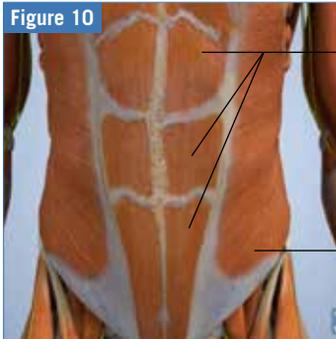


Figure issue du logiciel 3DRX proposé par Gymna

Grand droit
(Abdominaux)

Erecteurs
du rachis

Transverse
de l'abdomen

Grand oblique

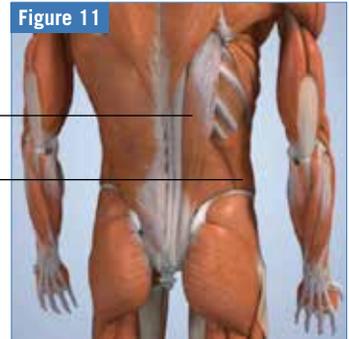


Figure issue du logiciel 3DRX proposé par Gymna

Exercices pratiques :

Pour sentir les muscles paravertébraux profonds, placez une main dans le bas de votre dos, le long de la colonne lombaire. Tendez l'autre bras à l'horizontale et effectuez de petits mouvements rapides du bras vers le haut et le bas (Figure 12). Vous sentirez les muscles profonds se contracter sous vos doigts malgré l'absence de mouvements du tronc.



Figure 12

Pour sentir la contraction du transverse de l'abdomen (qui a une fonction de corset musculaire naturel), couchez-vous sur le dos (genoux fléchis) et placez vos mains sur votre bas ventre (Figure 13) (Suite des instructions : voir page suivante).



Figure 13

Etape 1 : Inspirez, sans bouger votre bassin.

Etape 2 : Lors de l'expiration, rentrez doucement le ventre (le nombril doit s'abaisser vers le sol) sans bloquer la respiration et sans bouger le bassin : vous

sentirez normalement un durcissement sous vos doigts.

La contraction du périnée (comme pour « se retenir d'aller aux toilettes ») facilite la contraction du transverse.

✔ La douleur : comment ça marche ? A quoi sert-elle normalement ?

Normalement, la douleur constitue un signal d'alarme utile destiné à avertir d'un danger potentiel et permettre ainsi au corps de répondre afin de protéger l'organisme. Nous devrions donc être reconnaissants de disposer d'un système de la douleur. Ainsi, si par exemple on se tord la cheville en marchant sur un sol irrégulier, des **récepteurs locaux** (sorte de détecteurs du « système d'alarme ») situés dans la peau, les muscles et les ligaments au niveau du pied vont envoyer, via les nerfs et la moelle épinière, de nombreux messages au **cerveau** pour l'informer de ce qui se passe, et notamment du danger. Les **informations** vont y être **analysées** afin de **répondre** aux questions : **A quel point est-ce réellement dangereux ? Est-ce une menace pour le corps ? Faut-il réagir ? Doit-il y avoir douleur ?**



façon dont le cerveau va les interpréter. Cette **interprétation**, résultant de la « discussion » entre différentes parties du cerveau, sera **influencée par de nombreux facteurs** (les expériences préalables, la culture, la motivation, le contexte (survie en jeu ?), le visuel, les croyances...) afin de proposer la réponse la plus adaptée. L'influence de ces facteurs

explique que le ressenti de la douleur est très variable d'une personne à l'autre. Dans notre exemple (entorse de la cheville), le cerveau décidera probablement de déclencher une sensation douloureuse et mettra la zone « sous surveillance et protection » afin de favoriser la guérison. Cette réaction (appelée sensibilisation nerveuse) entrainera une boiterie afin de limiter la sollicitation des tissus et ainsi permettre leur cicatrisation. Ensuite, au fur et à mesure de la guérison des tissus, le système nerveux (système d'alarme) se calmera et la douleur diminuera.

Ce ne sont donc **pas les signaux qui arrivent au cerveau qui décident s'il y aura une réponse douloureuse, mais bien la**

Néanmoins, **le cerveau peut parfois décider de ne pas vous faire ressentir la douleur.**

Prenons l'exemple d'une personne qui se tord la cheville en traversant une grand-route sur laquelle passent de nombreuses voitures. Dans ces circonstances, le sujet se relèvera rapidement, courra pour se mettre à l'abri en ne ressentant que peu, voire aucune douleur car le cerveau aura analysé la situation et aura conclu que la priorité était de se mettre à l'abri plutôt que de provoquer une douleur pour protéger la cheville. Des sportifs blessés qui achèvent leur course/épreuve ou des soldats qui s'aperçoivent qu'ils sont blessés seulement une fois rentrés au camp constituent autant d'exemples de l'action prépondérante du cerveau dans la perception de la douleur.

Parfois, à l'inverse, le cerveau décide d'amplifier la douleur ou de la maintenir en prolongeant la période de surveillance et de protection alors que les tissus sont cicatrisés. Dans ce cas, une douleur continuera à être ressentie dans une zone qui est pourtant guérie.

Les mêmes processus de modulation de la douleur peuvent intervenir lorsqu'on se fait mal au dos, lorsqu'on est opéré, etc.

Le cerveau peut ainsi être comparé au directeur général d'une grande entreprise qui dispose de plusieurs filiales (zones du corps) qui l'infor-

ment régulièrement de ce qui se passe via un rapport d'activité. Le rapport est rédigé par le responsable de la filiale puis est transmis au directeur de l'entreprise (qui effectuera certainement quelques modifications), puis au vice-président (qui modifiera également le rapport) et enfin au président-directeur général. L'information est régulièrement modifiée/affinée en cours de route.

Lorsqu'un souci surviendra dans une filiale, des rapports plus fréquents seront sollicités par le président-directeur général, et il demandera peut-être que le rapport lui soit envoyé directement afin de pouvoir réagir le plus rapidement possible (Figure 14).

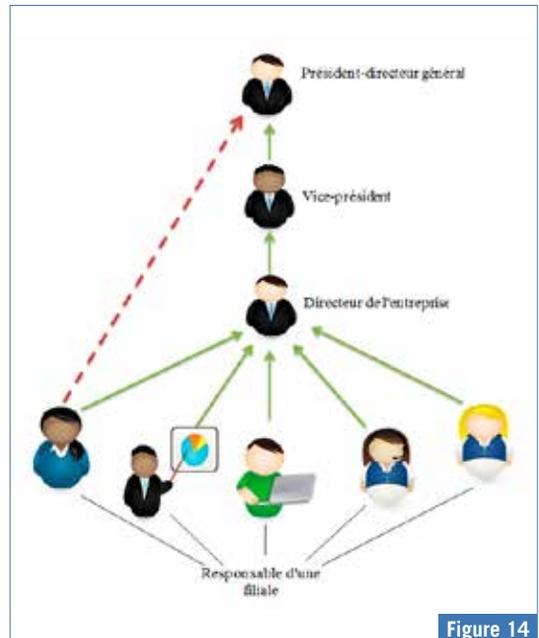


Figure 14

Le même processus se déroule au niveau de notre système nerveux, avec des messages transmis au cerveau susceptibles d'être modifiés en cours de route, et dont le nombre peut augmenter si nécessaire. Afin d'apporter la réponse la plus adéquate, une réunion entre les administrateurs de l'entreprise sera organisée afin de discuter du rapport (les différentes régions du cerveau impliquées dans l'expérience douloureuse vont interagir). Cette analogie avec les administrateurs permet aussi de comprendre que certaines zones du cerveau (ex : zone de la mémoire activée par le souvenir d'un épisode douloureux récent très invalidant) peuvent favoriser l'activation des autres zones (un administrateur inquiet pour l'entreprise en raison d'une baisse de production similaire à celle qui avait mis l'entreprise en péril il y a quelques années sollicitera une réunion plus urgente pour faire le point et privilégier une « réaction »).

En conséquence, comme c'est le cerveau qui décide si une douleur est nécessaire (il crée la sensation de douleur) et comme cette décision est influencée par de nombreux facteurs, **une douleur ne signifie pas la présence d'une lésion.** La « mémoire de la douleur », certaines croyances, le catastrophisme ou encore le visuel peuvent convaincre le cerveau qu'il y a danger et qu'une douleur est nécessaire.

Remarque : A côté des récepteurs sensibles aux stimuli mécaniques, il existe des récepteurs à la température (cela peut expliquer que certaines personnes présentent une augmentation de la douleur lorsqu'il fait plus froid), des récepteurs activés par les substances chimiques générées lorsque vous êtes stressé(e), anxieux(e) et des récepteurs sensibles au flux sanguin (ils peuvent être activés lorsque la circulation sanguine se ralentit, comme lorsqu'on reste trop longtemps assis).



**La douleur est donc
une décision du cerveau.**

**Une lésion n'entraîne pas toujours une douleur
et inversement, une douleur ne doit pas
être considérée comme étant toujours
le reflet d'une blessure.**

Une vidéo didactique (en anglais) résume bien les connaissances actuelles relatives à la douleur. Cette vidéo est accessible sur le site :

<http://www.youtube.com/watch?v=9qJuARzD9d4>

Le site internet : www.retrainpain.org comporte quant à lui quelques diaporamas très didactiques permettant de comprendre la douleur.



- 19 ‣ Qu'est-ce qui provoque cette douleur ?
- 19 ‣ Comment la douleur va-t-elle évoluer ?
- 20 ‣ Que faire pour gérer cette douleur ?
- 21 ‣ Quand dois-je m'inquiéter et consulter un médecin ?

> PARTIE 2

J'ai une lombalgie « aiguë » (depuis moins de 6 semaines)

✓ Qu'est-ce qui provoque cette douleur ?

L'origine précise des douleurs reste le plus souvent impossible à identifier. Les douleurs lombaires résultent généralement d'une position statique prolongée (rappelons que le disque a besoin de mouvements pour se nourrir), d'efforts inhabituels en intensité ou en durée (les muscles qui composent le dos peuvent être l'objet de courbatures) ou de tensions musculaires liées au stress. Il arrive également qu'une **douleur intense et un blocage surviennent suite à un geste anodin** en raison d'une contraction réflexe de plusieurs muscles ; on parle alors de **lumbago** (voir « *Qu'est-ce qu'un lumbago*

(« *tour de rein* ») ? » page 31). **Cette douleur intense et ce blocage, très invalidants, ne doivent pas être interprétés comme des signes de gravité.**

Dans une minorité des cas, les douleurs résultent d'une cause spécifique (traumatique, compression d'une racine nerveuse, infection, affection rhumatismale inflammatoire... ; voir « *Quand dois-je m'inquiéter et consulter un médecin ?* » page 21) ou provient d'une structure extérieure au dos (pathologies urinaires, gynécologiques, vasculaires...).

✓ Comment la douleur va-t-elle évoluer ?

Il s'agit évidemment d'une question **difficile car chaque individu est différent**. Néanmoins, on considère que la lombalgie aiguë constitue une **affection bénigne dans 90-95% des cas**. Une **diminution rapide de la douleur et une amélioration sur le plan fonctionnel** sont **généralement observées dans le mois suivant l'épisode douloureux**, même si une douleur

peut parfois persister. D'autre part, 68% à 86% des personnes en arrêt de travail suite à la survenue d'un lumbago reprennent leur activité habituelle avant la quatrième semaine suivant l'épisode douloureux. Bien que des douleurs puissent ultérieurement réapparaître, il faut donc retenir que **l'évolution est le plus souvent rapide et favorable**.

Malheureusement, la lombalgie aiguë peut, chez certains patients (moins de 10% des cas), persister plus de 3 mois.

Un **comportement approprié permettra de limiter le risque d'une telle évolution.**

✓ Que faire pour gérer cette douleur ?

Lors de la survenue d'un épisode douloureux et en l'absence de signes suggérant la nécessité de consulter un médecin (voir « *Quand dois-je m'inquiéter et consulter un médecin ?* » page 21), **la plupart des individus peuvent gérer eux-mêmes leur douleur.** Il faut **éviter le repos complet et prolongé** (au lit) **autant que possible** (si les douleurs sont vraiment intenses, rester allongé 48 heures maximum) et **reprendre ses activités habituelles et son travail le plus rapidement possible.**

L'**utilisation raisonnée de médicaments** antidouleurs (paracétamol) (toutes les 4 à 6 heures et sans dépasser la dose de 4gr/jour) **permet généralement de soulager partiellement les symptômes** et de retrouver un minimum de mobilité. L'utilisation d'anti-inflammatoires permet également de soulager la douleur mais leur utilisation devra rester prudente (la plus faible dose possible et le moins longtemps possible, en général 15 jours par mois et maximum 6 mois par an) compte tenu des effets secondaires.

L'application d'une compresse froide (« cold pack ») sur le bas du dos pendant une dizaine de minutes peut soulager la douleur chez certaines personnes. Inversement, d'autres personnes préféreront la chaleur (compresse chaude, bain...).

Figure 15

Exemples de positions qui pourraient soulager vos douleurs



Vous constaterez certainement **que certaines positions** (Figure 15), qui peuvent être différentes d'un individu à l'autre, **vous soulageront** ; dans ce cas, **n'hésitez pas à les adopter** régulièrement.

Si **les médicaments** permettent d'atténuer les douleurs, ils **ne seront pas suffisants**. **Vous devez adopter une attitude active et positive** (reprise de vos activités dès que possible, confiance en une amélioration rapide...).

✓ Quand dois-je m'inquiéter et consulter un médecin ?

Dans la plupart des cas, il n'y a **aucune raison de s'inquiéter** car la douleur ne persistera que peu de temps. Néanmoins, **si la douleur apparaît particulièrement intense, invalidante, et/ou si elle s'aggrave ou ne s'atténue pas au fil des jours malgré un comportement adéquat** (voir « *Que faire pour gérer cette douleur ?* » page 20), **une consultation médicale s'impose**.

Il est **également conseillé de consulter un médecin si** :

- ▶ les douleurs apparaissent dans les suites d'une **chute** ou d'un **traumatisme (même mineur)** (particulièrement si vous souffrez d'ostéoporose) ;
- ▶ vous souffrez d'**irradiations, d'engourdissements ou de picotements dans un membre inférieur**, surtout s'ils sont **exacerbés lors de la toux ou de l'éternuement** ;
- ▶ vous constatez une **faiblesse musculaire au niveau de la cuisse, de la jambe ou du pied** (ex. : difficulté à vous mettre sur la pointe des pieds, sur les talons, à monter les escaliers). Dans ce cas, **consultez sans plus attendre !**
- ▶ Vos douleurs lombaires sont associées à une **douleur ou un engourdissement dans un ou les deux membres inférieurs provoquant une diminution du périmètre de**

marche (nécessité de s'arrêter quelques instants, de se pencher en avant pour faire disparaître les symptômes) ;

- ▶ vos douleurs dans le bas du dos sont associées à des **difficultés pour uriner ou pour retenir vos urines et/ou un engourdissement autour de l'anus ou des parties génitales**. Dans ce cas, **consultez sans plus attendre !**
- ▶ Vous souffrez de douleurs lombaires et vous prenez ou avez pris des **corticostéroïdes (cortisone)** ;
- ▶ vos **douleurs** sont **accentuées la nuit** ou accompagnées d'une **perte de poids**, d'une **fatigue anormale**, de **fièvre** ou d'autres symptômes suggérant une **altération de l'état général**. Dans ce cas, **consultez sans plus attendre !**
- ▶ Vos douleurs sont associées à une **perte ou un manque d'équilibre** et/ou de **coordination** ;



En présence de ces signes/symptômes (généralement appelés « **drapeaux rouges** » dans le monde médical), la **présence d'une lombalgie spécifique**, qui **reste relativement rare, sera envisagée** par le médecin qui sollicitera divers examens complémentaires.



- 23 ▶ Comment expliquer la persistance de la douleur ?
- 25 ▶ Quelle prise en charge est recommandée en cas de douleurs chroniques ?
- 26 ▶ Prévention de la douleur et facteurs de risque

> PARTIE 3

J'ai une lombalgie « chronique » (depuis plus de 3 mois)

✔ Comment expliquer la persistance de la douleur ?

La persistance de la douleur peut s'expliquer par différentes causes qui parfois se combinent :

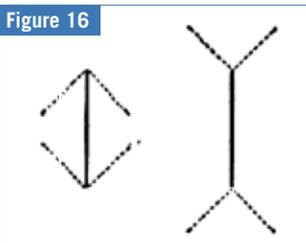
a) **Une douleur peut persister alors que la lésion (à l'origine de la douleur) a disparu. Dans ce cas, elle ne constitue plus un signal d'alarme « utile » mais devient « inutile » et néfaste car elle n'aide plus l'individu.** Cette persistance de la douleur s'expliquerait par des **modifications du système de traitement de la douleur.** En effet, chez certaines personnes, le système nerveux, initialement « sensibilisé » pour vous alerter d'un danger que courent certains tissus (voir : « *La douleur : Comment ça marche ? A quoi sert-elle normalement ?* », page 15), reste dans un état de « pré-excitation » alors que les tissus lésés sont guéris. Dans ces conditions, de simples activités (s'asseoir, se pencher) peuvent être à l'origine de très nombreux messages de danger envoyés au cerveau. Cette situation peut être comparée au système d'alarme de votre maison qui serait devenu trop sensible et



qui se déclencherait pour un rien, par exemple en raison d'une mouche qui se déplace dans une pièce. Par ailleurs, cette analogie permet de comprendre que, comme le système d'alarme de votre habitation qui en

se déclenchant éveillera l'attention de vos voisins proches, et puis de vos voisins plus lointains si la sirène continue à fonctionner, d'autres nerfs/zones, voisins de la région initialement lésée, peuvent également se sensibiliser. **Le choix erroné du cerveau de maintenir cette sensibilisation élevée du système nerveux (du système d'alarme) dépend de nombreux facteurs, tels que les expériences préalables, les peurs, l'anxiété liée à la douleur, le catastrophisme, les fausses croyances, la méconnaissance des mécanismes de la douleur et de ce qui l'influence, le contexte familial et socio-professionnel, etc.** (voir aussi : « *Quels sont les facteurs de risques favorisant le maintien d'une lombalgie ?* » page 26).

Si cela peut paraître invraisemblable que le cerveau se trompe, il suffit de penser aux simples **illusions d'optique** (Figure 16) pour se rendre compte qu'il est facile de perturber l'analyse de la situation par le cerveau.



La **bonne nouvelle** est qu'il est possible de **réduire le « dérèglement » du système nerveux au moyen d'une thérapie adaptée** (voir « *Qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale ?* », page 44, et « *Qu'est-ce que l'éducation à la neurophysiologie de la douleur ?* », page 45). L'éducation à la neurophysiologie de la douleur permet par exemple de mieux comprendre le fonctionnement et ce qui influence le cerveau pour décider si une douleur doit ou non être ressentie, et de réduire ainsi certaines peurs. En effet, les capteurs étant régulièrement remplacés, **la sensibilité du système nerveux** (« du système d'alarme ») **est modifiable avec le temps**.

Une excellente vidéo didactique, résume parfaitement les connaissances actuelles relatives à la douleur. Cette vidéo est accessible sur le site : <http://www.youtube.com/watch?v=9qJuArZD9d4>

Le site internet : « www.retrainpain.org » les reprend également et ce, de façon très imagée.

b) Le **stress** et ses nombreuses **conséquences potentielles** (ex : hyperactivation de certains mus-

cles engendrant raideur et douleur, perturbation du système immunitaire entraînant la libération de substances à l'origine de douleurs) peuvent également favoriser la persistance des douleurs (voir « *Quel est le lien entre la douleur et le stress ?* » page 49)

c) Le maintien d'un comportement inapproprié peut également favoriser la persistance des douleurs. Si l'**inactivité** et le **peur du mouvement** peuvent avoir de nombreuses conséquences néfastes (cfr cercles vicieux décrits ci-dessous), la poursuite d'activités douloureuses de manière **exagérée** peut être également néfaste en sensibilisant progressivement le système nerveux.

d) L'installation de **cercle(s) vicieux** (Exemples : Figures 17, 18 et 19) qui peu(ven)t être **différent(s) d'une personne à l'autre**, peut également favoriser le maintien de la douleur.

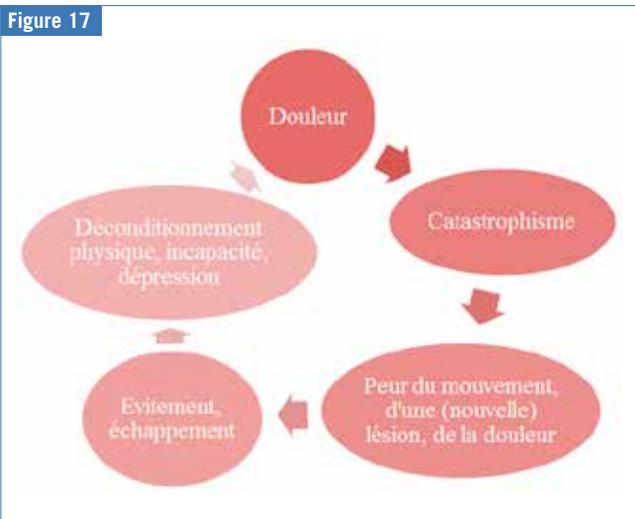
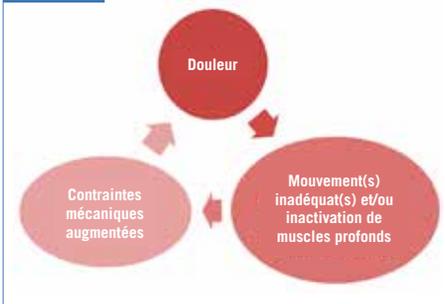
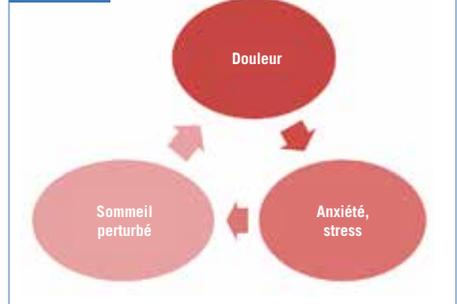


Figure 18



Comprendre que de nombreux facteurs peuvent moduler/amplifier (comme le bouton de volume de votre radio) la douleur, favoriser son maintien et faciliter l'instal-

Figure 19



lation d'un cercle vicieux est capital. Dès lors, discutez-en avec votre thérapeute afin de lui faire part de vos questions.

✓ Quelle prise en charge est recommandée en cas de douleurs chroniques ?

La prise en charge des douleurs persistantes aura pour **objectifs de diminuer la sensibilité du système nerveux et de rompre le(s) cercle(s) vicieux** dans le(s)quel(s) la personne peut être plongée (voir « *Comment expliquer la persistance des douleurs ?* » page 23). Pour ce faire, **divers traitements/techniques** pourront être proposés conjointement :

➤ L'éducation destinée à :

- expliquer le comportement approprié à adopter pour faire face à la douleur (être actif dans sa prise en charge, physiquement actif, optimiste, avoir une bonne hygiène de vie, bien gérer ses activités...)
- corriger les fausses croyances (voir tableau, page 27) et diminuer les peurs liées à la douleur (voir : « *Que/*

est l'intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale ? », page 44) ;

- expliquer les mécanismes de la douleur pour comprendre les facteurs qui l'influencent (voir : « *Comment expliquer la persistance de la douleur ?* », page 23).
- Un **programme de réentraînement à l'effort** particulier indiqué en cas de déconditionnement physique.
- Des **exercices spécifiques** pour les muscles du tronc.
- Des **techniques de relaxation/méditation/hypnose** pour agir sur le stress et éviter de se focaliser sur la douleur.
- De la **thérapie manuelle/ostéopathie** (voir : page 40).

La persistance d'une douleur peut exercer un impact sur la vie professionnelle, familiale et sociale, entraîner une diminution de la qualité de vie, et provoquer par conséquent une anxiété et/ou une dépression. Dans ce cas, **l'intervention d'un(e) psychologue peut s'avérer très utile. N'hésitez donc pas à y faire appel.**

Pour toutes ces raisons, une **prise en charge multidisciplinaire** (voir « *Quel est l'intérêt des programmes de réhabilitation pluridisciplinaire* » page 42) impliquant différents spécialistes est souvent nécessaire en cas de lombalgie chronique.

✓ Prévention de la douleur et facteurs de risque

Quels sont les facteurs de risque favorisant le maintien d'une lombalgie ?

Deux types de facteurs de risque sont généralement décrits :

1. Les facteurs de risque liés à l'individu

Parmi ceux-ci, on retrouve :

- des **facteurs non modifiables** sur lesquels on ne pourra pas agir mais qui « prédisposent » l'individu à la survenue d'une lombalgie :
 - les facteurs génétiques (hérédité) qui exercent une influence importante comme l'ont montré diverses études chez les jumeaux. Certains facteurs génétiques sont impliqués dans le processus de la dégénérescence discale ;
 - les antécédents personnels (la personne ayant présenté, dans le passé, un épisode douloureux est plus susceptible de développer un nouvel épisode douloureux) ;
 - l'âge ;
- des **facteurs qui concernent l'hygiène de vie** :
 - l'excès de poids,
 - la sédentarité,

- le tabagisme,
- le manque de sommeil.

Dès lors il est **judicieux d'avoir une bonne hygiène de vie**, tant pour sa santé en général, que **pour réduire le risque de persistance de problèmes de dos** ;

- des **facteurs physiques spécifiques au dos** :
 - la force/endurance/coordination des muscles du tronc,
 - la qualité et le contrôle des mouvements du tronc ;
- des **facteurs psychosociaux** :

De nombreux facteurs psychosociaux, parfois associés, **peuvent contribuer à la fois à la persistance d'une lombalgie et au retard de la guérison. Ils devront dès lors être corrigés/traités afin de rompre ou d'éviter l'installation potentielle de cercle(s) vicieux** :

 - les **croyances erronées** (« **fausses croyances** ») telles que : croire que rester couché tant qu'on a mal constitue la meilleure chose à faire (alors que la reprise de ses activités quotidiennes dès que possible est nécessaire pour aller mieux) ;

Exemples de « fausses croyances » :

- > Je me suis fait mal au dos donc je vais avoir mal au dos pendant le reste de ma vie.
- > Avoir si mal signifie que ma colonne est vraiment fort endommagée.
- > Mes douleurs résultent d'une vertèbre déplacée.
- > Radio/Scanner/IRM permettront de savoir pourquoi j'ai mal.
- > Avec ma hernie discale, je risque de me retrouver en chaise roulante.
- > Avec mon arthrose/mes discopathies, je dois faire attention et je dois limiter mes activités.
- > La chirurgie est LA solution pour le mal de dos.

- une **tendance au « catastrophisme »**, penser que le mal de dos est le signe d'une maladie grave, que seul le thérapeute peut faire quelque chose (alors que **votre implication active dans votre prise en charge est capitale**) ;
- les **peurs liées à la douleur** (la peur du mouvement dénommée kinésiophobie, de se (re)blesser...), **l'hypervigilance** (focalisation de son attention sur la douleur) ;
- **l'anxiété et la dépression** ;
- **le stress** (voir « *Quel est le lien entre la douleur et le stress ?* » page 49).

2. Les facteurs de risque mécaniques

Bien que leur rôle dans la survenue d'une lombalgie est **actuellement controversé**

sur le plan scientifique, quatre **facteurs de risque mécaniques**, contribuant au maintien du problème, ont été décrits dans un contexte professionnel.

- > **Répétitions de certains mouvements ou maintien prolongé de certaines postures** : flexion du tronc sans appui (exemple : travail ou plan de travail trop bas), flexion associée à une rotation (transferts de gauche à droite en position basse), extension du tronc (souvent liée au travail avec les mains au-dessus des épaules) ;
- > **Manutentions manuelles répétées** : soulever/abaisser des charges relativement lourdes, éloignées du corps ou basses ; tenir/transporter des charges encombrantes ou éloignées du corps. Forcer sur un outil dans des positions basses ou éloignées entraîne des contraintes similaires ;
- > **Exposition prolongée à des vibrations de basses fréquences** suite, par exemple, à la conduite d'un véhicule qui transmet les vibrations du moteur au dos via le siège (exemple : tracteur, camion, engin de chantier...). Néanmoins, l'évolution favorable des systèmes de suspension explique que la présence de ce facteur de risque devient moins fréquente qu'auparavant ;
- > **Manque de mouvement dans le travail**. Ce dernier facteur résulte généralement d'un travail statique (conduite d'un véhicule par exemple) ou d'un travail requérant une attention ou une réflexion importante ;

Quels sont les moyens de prévention (de la chronicisation) de la douleur ?

Prévenir efficacement la survenue d'une lombalgie demeure difficile. En effet, les études montrent que plus de 80% des individus souffriront un jour d'un mal de dos... Bref, **avoir mal au dos à un certain moment de sa vie est HABITUEL. L'élément rassurant** est que, si ces douleurs sont si fréquentes, **elles ne durent dans la majorité des cas que quelques jours ou semaines.**

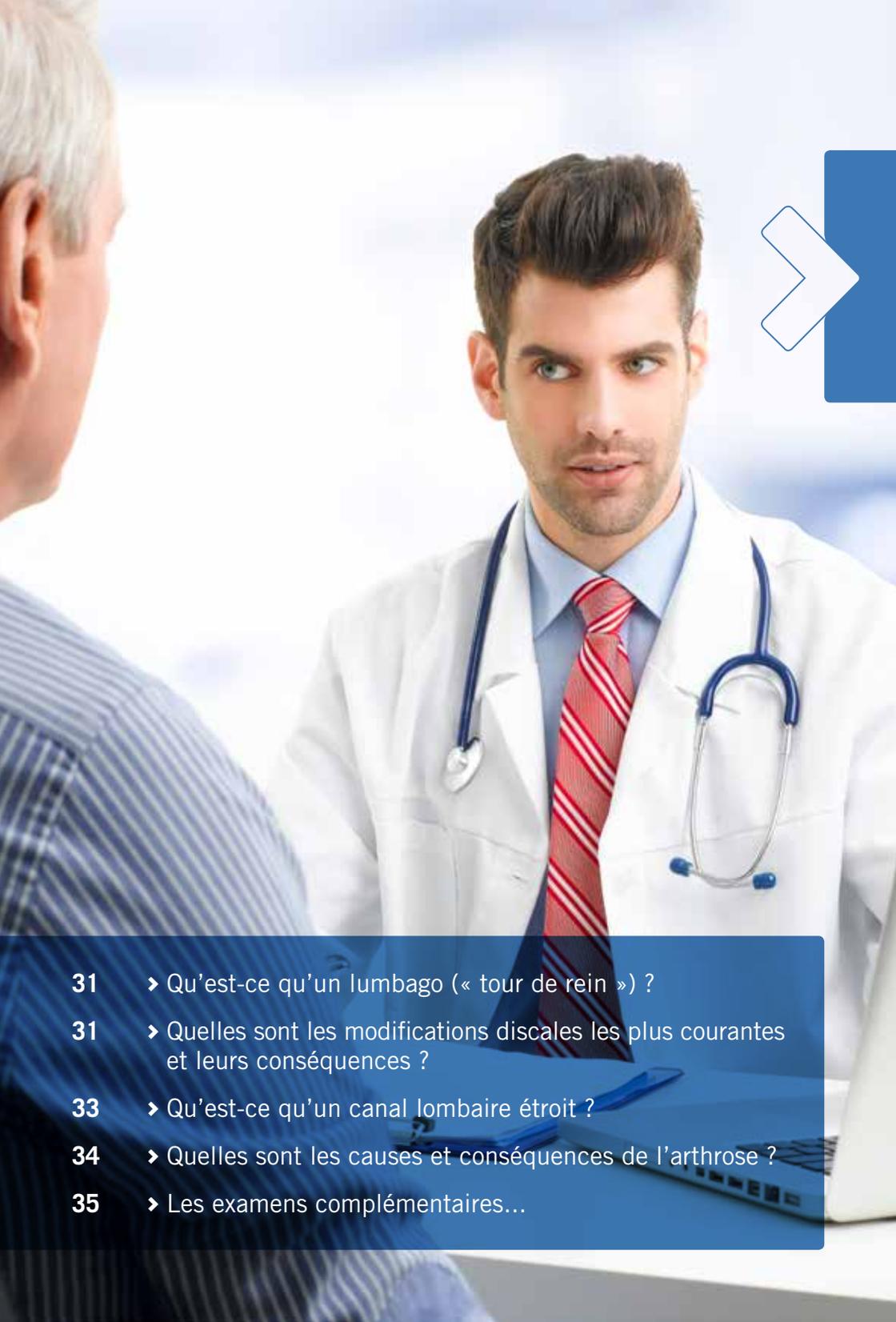
Différents moyens permettent de limiter le risque que les douleurs ne deviennent récurrentes ou chroniques. Il est ainsi conseillé :

- **d'être actif et d'améliorer sa condition physique,**
- **d'améliorer son hygiène de vie :** éviter le tabac, le surpoids. Le sommeil exerce aussi un rôle important : il a été prouvé

qu'un manque de sommeil (il est ainsi conseillé de dormir au moins 8h par nuit) peut engendrer une augmentation de la sensibilité à la douleur, un état dépressif, etc. En cas de troubles du sommeil, il est recommandé de changer certaines habitudes (éviter de boire du café et de regarder un écran (tablette ordinateur, smartphone) de manière exagérée en soirée) et, si nécessaire, de consulter un médecin spécialiste du sommeil ;

- **d'apprendre à gérer son stress,**
- **d'adapter ses techniques de travail,**
- **d'améliorer ses conditions de travail par une meilleure ergonomie,**
- **de comprendre les mécanismes de la douleur** (voir : « *La douleur : comment ça marche ? A quoi sert-elle normalement ?* », page 15).





- 31 ․ Qu'est-ce qu'un lumbago (« tour de rein ») ?
- 31 ․ Quelles sont les modifications discales les plus courantes et leurs conséquences ?
- 33 ․ Qu'est-ce qu'un canal lombaire étroit ?
- 34 ․ Quelles sont les causes et conséquences de l'arthrose ?
- 35 ․ Les examens complémentaires...

> PARTIE 4

Comprendre le diagnostic du médecin

✔ Qu'est-ce qu'un lumbago (« tour de rein ») ?

Le lumbago correspond à une **douleur aiguë dans la région lombaire, associée à un blocage du dos qui résulte d'une contracture musculaire** (comme un torticolis, mais localisé au bas du dos). Via un mécanisme **réflexe** (semblable au bouton rouge d'arrêt d'urgence d'une machine), le cerveau décide de « bloquer »

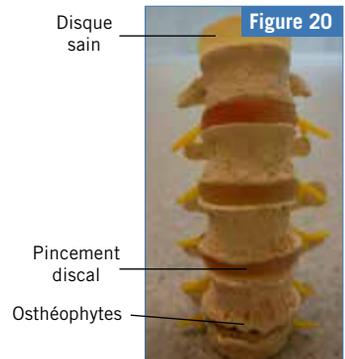


une zone qui a été irritée en contractant un groupe de muscles, et ce parfois pendant 48 à 96 heures. Les douleurs disparaissent habituellement au bout de quelques jours. Le comportement approprié en cas de lumbago est décrit dans la partie « *Que faire pour gérer cette douleur ?* » (page 20).

✔ Quelles sont les modifications discales les plus courantes et leurs conséquences ?

La discopathie

Le terme « **discopathie** » signifie littéralement « **pathologie/altération du disque** ». Le plus souvent, il est utilisé en faisant allusion à un **processus « normal » de vieillissement entraînant une diminution de la hauteur du disque** (pincement discal) (Figure 20). Il est important de **garder à l'esprit** qu'une **discopathie** s'observe aussi chez les personnes ne rapportant **aucune douleur lombaire** : elle est présente chez plus de 30% des individus âgés de plus de 20 ans et chez **90% des personnes âgées de plus de 60 ans**.

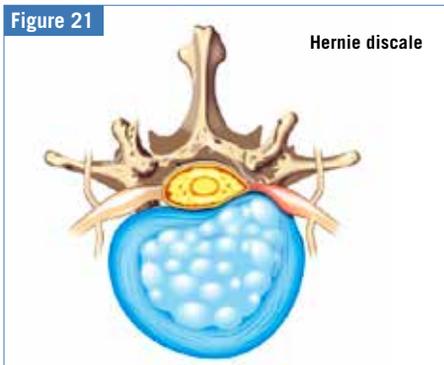


La protrusion et la hernie discales

La **protrusion discale** correspond à un bombement de la partie postérieure du disque (on parle parfois de « débord discal ») dans le canal rachidien, dit aussi canal vertébral (page 10). Elle **n'entraîne pas nécessairement de symptômes ou douleur. En effet, elle est présente chez plus d'un tiers des individus de 40 ans qui ne rapportent pourtant aucune douleur lombaire.**

La hernie discale (Figure 21) correspond à la migration postérieure d'une partie du noyau gélatineux. Dans certains cas, la hernie discale comprime les structures nerveuses avoisinantes, pouvant provoquer des douleurs et des répercussions sensibles et/ou motrices (perte de force, altération de la sensibilité) au niveau des membres inférieurs (ou au niveau des bras si la hernie est localisée au niveau cervical). Néanmoins, **une hernie discale, même associée à une compression des racines, peut parfois ne pas être douloureuse et n'entraîner aucun symptôme.** De plus, une hernie discale **peut se résorber naturellement** de façon partielle ou totale après quelques mois. **Une hernie discale ne nécessite donc pas nécessairement une intervention chirurgicale et ne doit pas être systématiquement assimilée à quelque chose de grave.**

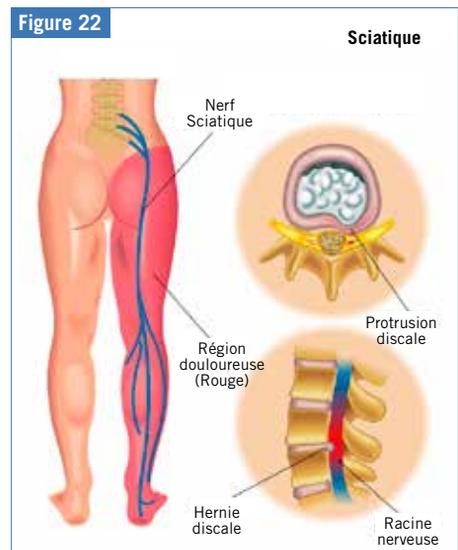
Figure 21



La sciatalgie (Figure 22)

Une **sciatalgie** correspond à une irradiation douloureuse qui débute au niveau de la région fessière et qui diffuse dans la cuisse, la jambe et parfois jusqu'au pied. Elle résulte généralement (mais pas nécessairement) d'une compression d'une des racines (L5 ou S1) du nerf sciatique (voir : « Comprendre le dos... », page 10), le plus souvent due à une hernie discale (on parle alors de « sciatique »). Les patients décrivent généralement des sensations de brûlures ou d'électricité, des fourmillements ou des engourdissements, voire une perte de sensibilité plus ou moins étendue. **La présence d'une sciatique ne constitue pas une raison suffisante pour envisager une intervention chirurgicale.** Celle-ci sera plutôt réservée aux formes particulièrement intenses et invalidantes avec une perte de force musculaire et une abolition d'un réflexe. On parlera de « lombosciatique » lorsque la douleur irradiant dans le membre inférieur s'accompagne d'une douleur lombaire.

Figure 22



La cruralgie

La **cruralgie**, moins fréquente, correspond à une irradiation douloureuse située à la partie antérieure de la cuisse, résultant généralement d'une compression d'une

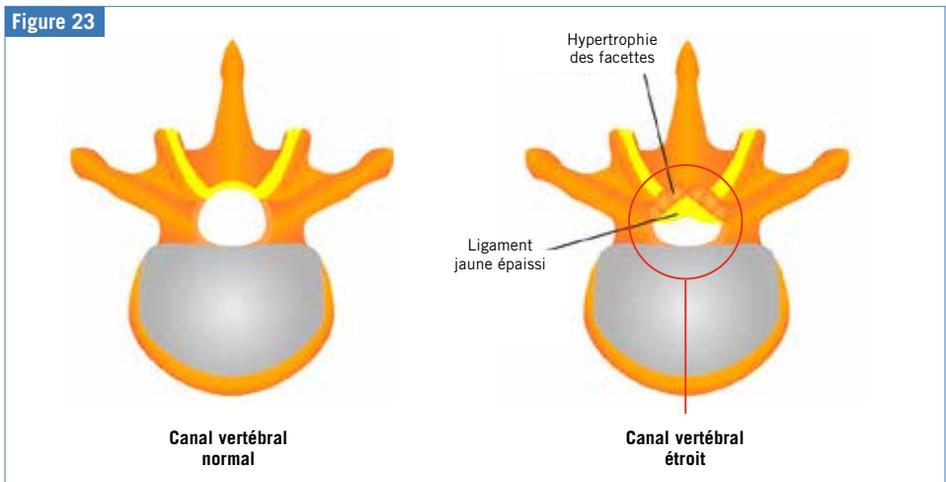
des racines du nerf crural (L2, L3, L4) ; elle peut être associée à une diminution de la force du quadriceps et à la disparition du réflexe rotulien.

☑ Qu'est-ce qu'un canal lombaire étroit ?

Le **canal lombaire étroit** correspond à un rétrécissement du canal rachidien (Figure 23). Il s'explique par la déformation dégénérative d'un ou de plusieurs éléments qui le constituent (ligament, disque, facette articulaire...) ou peut être présent dès la naissance (canal lombaire étroit constitutionnel) avec pour conséquence une compression potentielle des racines

nerveuses. **L'existence d'un canal lombaire étroit n'est pas systématiquement associée à une gêne fonctionnelle ou à des douleurs.** Cependant, un canal étroit sévère peut engendrer des troubles progressifs de la marche qui, en fonction de leur gravité, pourront nécessiter une intervention chirurgicale (laminectomie ou recalibrage du canal rachidien).

Figure 23



✓ Quelles sont les causes et conséquences de l'arthrose ?

L'arthrose est un phénomène naturel de vieillissement, caractérisé par un déséquilibre entre la synthèse et la dégradation du cartilage, entraînant une usure progressive de celui-ci. L'arthrose peut se manifester par une douleur et une raideur articulaires (ankylose). Cependant, de **l'arthrose au niveau du dos est également présente chez 40% des individus de plus de 35 ans ne présentant aucune douleur lombaire (presque 100% des sujets âgés de 70 ans).**

➤ Qu'est-ce qu'un **syndrome facettaire** ?

Le syndrome facettaire définit la souffrance (et la douleur) des petites articulations postérieures (facettes articulaires) entre les vertèbres (Figure 24). Il peut résulter d'une mauvaise statique (hyperlordose lombaire) et/ou de positions fréquentes en extension (exemple : travail

fréquent avec les mains au-dessus des épaules) et/ou de la déshydratation discale pouvant augmenter les contraintes articulaires et favoriser la survenue de l'arthrose au niveau de ces articulations. Néanmoins, des modifications des facettes peuvent, comme pour le disque, **être présentes chez des personnes ne souffrant d'aucun symptôme** (présence chez 50% des sujets sans douleur lombaire âgés de 60 ans).

➤ Qu'est-ce qu'un **ostéophyte** (ou « bec de perroquet ») ?

En cas d'arthrose, des excroissances osseuses, relativement périphériques, appelées **ostéophytes** peuvent apparaître (Figure 25). Il s'agit d'une **réorganisation anarchique du tissu osseux qui, le plus souvent, n'est pas à l'origine de douleurs.**

Figure 24

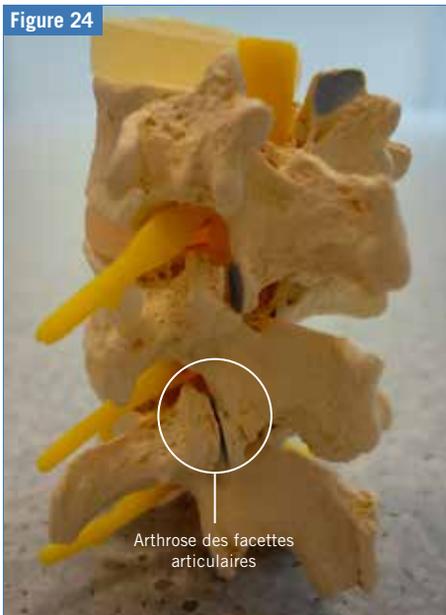
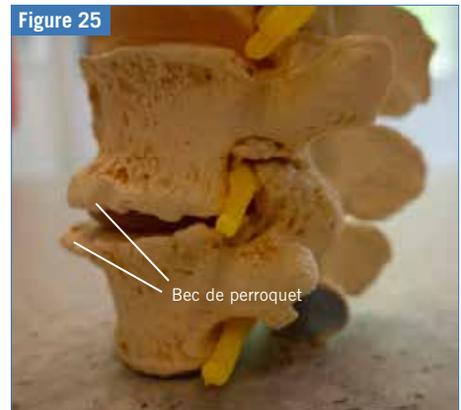


Figure 25



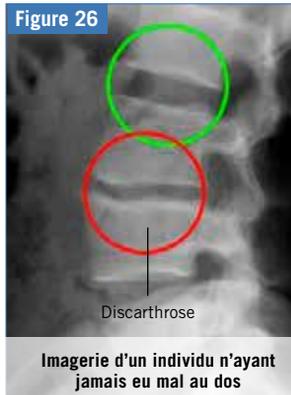
➤ Qu'est-ce que la **discarthrose** ?

La **discarthrose** définit une discopathie (page 31) associée à des phénomènes d'arthrose.

✓ Les examens complémentaires

Intérêt de l'imagerie médicale (radio, scanner, IRM) ?

Comme nous l'avons déjà expliqué, 90% des lombalgies sont non-spécifiques (d'origine mécanique) (voir : « *Quels sont les différents types de lombalgie ?* », page 9). Même si des anomalies sont visibles sur les examens d'imagerie médicale, **une radio, un scan ou une IRM ne permettront généralement pas d'identifier la cause exacte des douleurs en cas de lombalgie non-spécifique.** Par ailleurs, alors qu'aucune anomalie n'est parfois observée chez des sujets présentant une douleur intense, **diverses anomalies**



(arthrose, protrusion discale, hernie discale) sont fréquemment observées chez des individus ne rapportant aucune douleur (il s'agit de modifications normales survenant avec l'âge) (Figure 27).

Le tableau ci-dessous, généré à partir de la publication de Brinjikji et coll. (2015) qui ont combiné les résultats de 33 études (3110 individus), représente le pourcentage d'individus ne présentant **aucune douleur lombaire** et pour lesquels des anomalies dégénératives du rachis ont été observées à l'imagerie médicale.

Figure 27

	Age (Années)						
	20	30	40	50	60	70	80
Diminution hauteur disque (discopathie) (%)	24	34	45	56	67	76	84
Protrusion discale (%)	29	31	33	36	38	40	43
Syndrome facettaire (%)	4	9	18	32	50	69	83

Par ailleurs, il faut savoir qu'une hernie discale est parfois encore présente à l'imagerie chez des patients ayant complètement récupéré, alors que parfois, aucune amélioration n'est observée malgré la résorption complète de la hernie.

Le fait que certaines techniques d'imagerie (notamment les scans) comportent un caractère irradiant, qu'il existe une absence de corrélation entre l'importance des symptômes et les résultats de ces examens complémentaires et que la mise en évidence de

modifications dégénératives peut engendrer des craintes chez le patient explique que les médecins ne prescrivent pas d'emblée d'examen complémentaires et souligne que les résultats devront toujours être interprétés avec prudence. Cela démontre également que l'imagerie médicale ne permet que rarement de prédire l'évolution du mal de dos.

En cas de lombalgies non-spécifiques, la probabilité que les anomalies observées à l'imagerie n'aient pas de lien avec les douleurs ressenties par le patient, est très élevée.



- 37 ▶ Quels médicaments peuvent être utilisés et quelles sont leurs indications ?
- 38 ▶ Que penser des infiltrations ?
- 39 ▶ Quels sont les moyens qui existent pour gérer le stress ?
- 39 ▶ Quelles techniques de kinésithérapie sont recommandées ?
- 40 ▶ Qu'est-ce que la thérapie manuelle ?
- 40 ▶ Qu'est-ce que l'ostéopathie ?
- 41 ▶ Que penser des manipulations vertébrales ?
- 41 ▶ Quel est l'intérêt des corsets/ceintures lombaires ?
- 42 ▶ Quel est l'intérêt des programmes de revalidation pluridisciplinaire ?
- 44 ▶ Qu'est-ce que la « thérapie cognitivo-comportementale » ?
- 45 ▶ Qu'est-ce que l'« éducation à la neurophysiologie de la douleur » ?
- 45 ▶ Qu'est-ce qu'une rhizotomie facettaire ?
- 46 ▶ La chirurgie : quand et comment ?

> PARTIE 5

Les traitements du mal de dos

Avant d'aborder les différents types de prises en charge fréquemment utilisées dans le cadre de la lombalgie, il faut sou-

ligner que **chaque individu est différent et qu'il nécessitera donc une prise en charge individualisée.**

✓ Quels médicaments peuvent être utilisés et quelles sont leurs indications ?

Les médicaments recommandés lors d'un épisode douloureux récent sont décrits dans le chapitre « *Que faire pour gérer cette douleur ?* » (page 20). **A côté du paracétamol** (antidouleur de niveau 1) **et des anti-inflammatoires (AINS)**, d'autres médicaments peuvent être prescrits par le médecin :

- ▶ des **cortico-stéroïdes** (dérivés de la cortisone) qui exercent une puissante action anti-inflammatoire ; ils sont généralement administrés à posologie dégressive et pendant une période limitée. En cas d'usage trop important, leurs effets secondaires deviennent significatifs.
- ▶ des antidouleurs plus puissants : les **antidouleurs de niveau 2** (associant paracétamol et codéine ou le tramadol)

peuvent être utilisés en cas d'inefficacité des médicaments cités ci-dessus. Le recours aux dérivés morphiniques (niveau 3) ne sera envisagé qu'en cas de douleurs intenses non soulagées par les autres traitements médicamenteux.

- ▶ des **myorelaxants** : il s'agit de décontractants musculaires. Ils peuvent engendrer des effets positifs à court terme sur les douleurs et les spasmes musculaires ; leur utilisation nécessite néanmoins une certaine prudence en raison d'éventuels effets secondaires (sommolence/acoutumance...) ;
- ▶ des **antidépresseurs** : outre leur efficacité sur l'humeur, ils **peuvent exercer une réelle action antalgique** en modulant le système de la douleur. Ils présentent

néanmoins des effets secondaires qui peuvent limiter leur utilisation.

L'efficacité et la tolérance de ces médicaments diffèrent entre les individus ; il conviendra d'identifier avec le médecin le traitement individuel le plus approprié.

Remarque :

Le cerveau est capable de libérer des substances qui sont 60x plus puissantes que n'importe quel médicament antalgique (https://www.youtube.com/watch?v=HX_zqIT6810); elles sont libérées en

fonction des besoins, suite à l'analyse de la situation (leur libération peut d'ailleurs permettre de survivre malgré des blessures très importantes sans avoir très mal). En cas de douleurs persistantes, le cerveau peut mal interpréter la situation (il se demande ce qui se passe) et empêcher ainsi la libération de ces substances afin d'attirer davantage l'attention sur cette situation.

Dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie chronique, le traitement ne pourra se limiter au seul traitement médicamenteux.

✓ Que penser des infiltrations ?

Les infiltrations **consistent à injecter un produit pharmacologique au niveau de la zone douloureuse**. Différents types d'infiltrations existent. Les infiltrations de cortisone accompagnées d'un anesthésiant local, réalisées à l'intérieur du canal rachidien, peuvent généralement réduire l'inflammation locale.

Les **infiltrations épidurales** (autour du sac fibreux, le sac dural) sont généralement réalisées en cas de souffrance d'une racine nerveuse (exemple : sciatalgie causée par la compression d'une racine nerveuse dans le cadre d'une hernie discale). Elles sont réalisées dans le décours aigu de la douleur (pas après 2 ans), mais pas avant un mois car une évolution na-

turelle favorable (résorption de la hernie) est possible. Leur remboursement n'est pas systématique.

Les **infiltrations paravertébrales** consistent à infiltrer les articulations postérieures dans le cadre d'une lombalgie liée à un syndrome facettaire (voir page 34). Elles se réalisent à l'extérieur du canal rachidien lombaire.

Si les infiltrations peuvent exercer des effets bénéfiques, les **risques** ne sont **pas négligeables** (infection bactérienne, hématomie). Les infiltrations **devront dès lors être proposées et effectuées par un médecin expérimenté**. Dans tous les cas, il convient de **ne pas en abuser** (maximum 3 par an).

✓ Quels sont les moyens qui existent pour gérer le stress ?

Les nombreuses conséquences du stress sont décrites dans le chapitre « *Quel est le lien entre la douleur et le stress ?* » (page 49). Chacun réagit différemment au stress et parvient à le gérer plus ou moins correctement. Il existe divers **moyens permettant de gérer le stress et de limiter ses effets néfastes** :

> pratiquer régulièrement **une activité physique ou sportive**. L'activité physique diminue la sensibilité au stress ; il ne s'agit pas d'attendre un état de ten-



sion élevé pour se dépenser mais bien de dépenser anticipativement son énergie afin de réduire les effets du stress ;

- > pratiquer le **yoga ou des exercices de relaxation** qui peuvent être enseignés par un thérapeute spécialisé et qui seront ensuite régulièrement réalisés au domicile ;
- > bénéficier d'un **soutien psychologique** peut être nécessaire et très efficace chez certains individus.

✓ Quelles techniques de kinésithérapie sont recommandées ?

La kinésithérapie est fréquemment prescrite en cas de lombalgie. La prise en charge devra toujours être adaptée au patient car **tous les exercices ne conviennent pas à tout le monde**. La kinésithérapie peut inclure :

- > des **exercices actifs** : ils doivent constituer un **élément important de la prise en charge des patients en phase chronique**. Ils devront améliorer les qualités des muscles du tronc (parfois spécifiquement des muscles profonds), de la musculature globale et de la condition physique générale ;
- > des **mobilisations passives** : elles seront plutôt efficaces en cas de lombalgie (sub) aiguë ;



> des **étirements locaux ou généraux (stretching)** : ils sont particulièrement bénéfiques chez les individus présentant un déficit de souplesse ;

- > une **éducation à l'économie rachidienne** : elle vise à prodiguer des conseils ergonomiques pouvant être appliqués dans la vie quotidienne ou professionnelle (voir

« *Partie 6 : le dos dans la vie quotidienne* » pages 49-64) ;

- > un **massage** : en cas de lombalgie aiguë, les massages peuvent parfois constituer (**temporairement**) **une des composantes** de la prise en charge afin de détendre et soulager la région douloureuse.

En présence d'une lombalgie chronique, leur utilisation devra rester très limitée car seule une prise en charge active est efficace. De plus, si les massages « font du bien » sur le moment, leurs **effets sont relativement peu durables.**

Le kinésithérapeute exerce également un rôle important en rassurant le patient, en corrigeant ses fausses-croyances, en lui

expliquant les mécanismes de la douleur et ce qui peut l'influencer, en lui rappelant l'importance de son implication et éventuellement en l'incitant à changer certains de ses comportements.

Remarque : les prises en charge essentiellement passives, composées exclusivement de massages, d'application de chaleur et d'électrothérapie ne sont PAS RECOMMANDÉES.

✔ Qu'est-ce que la thérapie manuelle ?

La thérapie manuelle est une **spécialisation de la kinésithérapie** destinée à la **prise en charge des troubles neuro-musculo-squelettiques.** Elle est basée sur un raisonnement clinique et utilise des approches thérapeutiques hautement

spécifiques incluant des **techniques manuelles et des exercices thérapeutiques.** La thérapie manuelle est guidée par l'évidence scientifique et clinique disponible et la spécificité biopsychosociale de chaque patient.

✔ Qu'est-ce que l'ostéopathie ?

L'ostéopathie est une **approche diagnostique et thérapeutique manuelle** des dysfonctions de mobilité articulaire et tissulaire en général dans le cadre de leur participation à l'apparition des maladies (définition de la Société Belge d'Ostéopathie). L'approche ostéopathique se base sur la prise de conscience de l'unité du corps et de l'esprit, de l'autorégula-

tion du corps humain et des liens réciproques entre la structure et la fonction. L'ostéopathie moderne (loin des dogmes fondateurs) regroupe un **ensemble de techniques** (techniques de mobilisation douce des tissus...) **et ne se limite pas aux seules manipulations.** C'est une pratique complémentaire de la médecine et de la kinésithérapie.

✓ Que penser des manipulations vertébrales ?

Les **manipulations** (Figures 28 et 29) consistent en un **mouvement articulaire rapide, sec et de petite amplitude**. Elles seront généralement réalisées par un médecin, un ostéopathe ou un thérapeute manuel. Elles **peuvent entraîner une diminution de la douleur et une amélioration de la mobilité** principalement via des mécanismes d'action neurophysiologiques (action sur le système nerveux). Les manipulations sont néanmoins rarement indispensables. Dans tous les cas, elles **ne seront effectuées qu'en l'absence de contre-indications** (ostéoporose, infection, tumeur, déficit neurologique...), **dans certaines conditions, et par un thérapeute compétent et digne de confiance**. Compte tenu des risques potentiels, les manipulations cervicales nécessiteront encore davantage de précautions.



Figure 28



Figure 29

En cas de lombalgie chronique, la réalisation fréquente de manipulations sur de longues périodes, en l'absence d'une prise en charge active, n'est pas indiquée.

Le **craquement**, généralement perçu lors d'une manipulation, correspond au **bruit résultant d'un phénomène de cavitation** (« effet ventouse ») produit par l'écartement (de l'ordre de 1-2 millimètres) rapide des surfaces articulaires (phénomène identique à celui observé lorsqu'on

produit un craquement au niveau de ses doigts). Des vidéos, disponibles sur internet, illustrent ce qui se passe d'un point de vue biomécanique lors d'une manipulation : <http://www.youtube.com/watch?v=wiJld4KF-mk>.

La perception d'un craquement, qui ne provient pas toujours de la zone qui était ciblée, n'est **pas synonyme de la réussite de la manipulation**.

✓ Quel est l'intérêt des corsets/ceintures lombaires ?

L'**efficacité** des corsets/ceintures en cas de lombalgie non-spécifique n'a **jamais été** réellement **démontrée**.

Ils sont **essentiellement recommandés lors de situations ponctuelles chez le lombalgique**.

✓ Quel est l'intérêt des programmes de révalidation pluridisciplinaire ?

En Belgique, l'INAMI a défini en 2004 une **nomenclature relative à la prise en charge multidisciplinaire des lombalgies chroniques**. Celle-ci impose des exigences en termes de contenu, d'intervenants et d'organisation. Les programmes doivent être assurés par une **équipe pluridisciplinaire** composée de médecins spécialistes en médecine physique, de kinésithérapeutes, psychologues, ergonomes et intégrer un ensemble de composantes. En outre, ces programmes peuvent comporter **36 séances** (de deux heures, maximum deux fois par semaine) (coût de 7.03 euros/séance à charge du patient sauf exception). Des séances **théoriques et pratiques**

(Figure 30) permettent d'aborder l'anatomie de la colonne, la physiopathologie, la neurophysiologie de la douleur, les facteurs de risque, l'influence du stress et des croyances, les traitements disponibles, le dos dans la vie de tous les jours, l'ergonomie, etc. ; des **séances de reconditionnement physique** (Figures 31, 32 et 33) sont destinées notamment à l'amélioration de l'endurance cardio-respiratoire, du contrôle moteur, de la proprioception, de la force et de l'endurance des muscles du tronc et de la souplesse. Une prise en charge individuelle (Figures 34 et 35) peut également être proposée aux patients dans le cadre du programme.



Figure 30



Figure 31



Figure 32



Figure 33



Figure 34



Figure 35

Les programmes doivent également comporter une **séance d'évaluation** initiale permettant d'individualiser la prise en charge et une séance d'évaluation finale destinée notamment à objectiver les améliorations ; idéalement, une séance d'évaluation intermédiaire sera également réalisée afin de pouvoir réajuster le traitement. Au cours de ces séances, différents **questionnaires** permettent d'apprécier l'intensité de la douleur, les répercussions de celle-ci, et d'identifier la présence de facteurs pouvant favoriser la persistance de la douleur (voir « *Comment expliquer la persistance de la douleur ?* », page 23). Un **bilan physique**, comportant une évaluation de l'endurance cardio-respiratoire, de la mobilité du tronc ainsi que de la force et de l'endurance des muscles du tronc (notamment à l'aide de dynamomètres spécifiques) est également réalisé.

Dans le cadre de ces programmes, les patients ont la possibilité de demander l'intervention d'un ergonome de façon à réaliser une **analyse ergonomique de leur situation de travail**. Au cours de celle-ci, l'ergonome identifie les risques auxquels le travailleur est exposé dans chaque

tâche qu'il est amené à réaliser ainsi que les conditions dans lesquelles le travail est réalisé. Sur base de cette analyse, l'ergonome réalise un rapport mettant en avant les problèmes ergonomiques à solutionner en priorité et proposant des pistes concrètes de prévention et d'amélioration des conditions de travail (exemple : adaptation du poste de travail, utilisation de moyens de manutention alternatifs, variation des tâches et activités, organisation du stockage, etc.).

Enfin, la **présence de psychologues** au sein de l'équipe permet, quand c'est nécessaire, de proposer aux patients une prise en charge complémentaire.

Ces **programmes de revalidation multidisciplinaire** destinés aux patients souffrant de lombalgie chronique constituent un **traitement recommandé pas les instances internationales**. Le programme proposé au CHU de Liège a fait la preuve de son efficacité (diminution de la douleur, amélioration de la qualité de vie, amélioration des performances physiques ; voir le lien : <http://hdl.handle.net/2268/23864>). Si ce type de programme est bénéfique pour la majorité des patients, il ne peut en aucun cas garantir la suppression des douleurs.

Leur **efficacité à long terme** sera **conditionnée par la poursuite d'activités physiques** (ex : au domicile, dans une salle de fitness, en piscine...) **et le respect des conseils prodigués par les thérapeutes une fois le programme terminé.**

***Attention**, en Belgique, les patients ne peuvent bénéficier d'un programme multidisciplinaire de 36 séances qu'**une seule fois** au cours de leur vie. Néanmoins, dans le cas d'une intervention chirurgicale ultérieure, une nouvelle prise en*

*charge peut être envisagée si elle est entamée dans les 3 mois post-opératoires. Il convient d'utiliser au mieux cette opportunité en **entamant le programme au bon moment** (il est parfois suggéré de bénéficier de séances individuelles avant de débiter le programme). Par ailleurs, les patients doivent bénéficier de leurs 36 séances dans un laps de temps de **6 mois**, ce qui oblige (à juste titre) le patient à être régulier (sans quoi le programme ne pourra pas être efficace).*

✔ Qu'est-ce que la « thérapie cognitivo-comportementale » ?

Les thérapies cognitives et comportementales, assurées parfois par des psychologues, peuvent s'avérer très **efficaces en cas de douleurs chroniques**. Elles ont pour **objectifs de corriger les fausses croyances, de rassurer le patient, de le sensibiliser à l'importance d'être actif, de réduire ses peurs face à certaines activités** (en le confrontant à la situation) **et l'aider à apprendre à gérer ses activités/symptômes**. Le patient doit prendre conscience du fait qu'il est toujours capable d'accomplir de nombreuses tâches et qu'il peut agir sur sa douleur en adoptant une attitude positive. Le patient se fixera des objectifs réalistes en décomposant par exemple une activité (nettoyer

la maison) en de nombreuses petites tâches qui devront **être planifiées sur plusieurs jours** et en s'assurant que les tâches de la journée seront bien tolérées.

La **nécessité d'une reprise progressive des activités** (« Chaque jour un peu plus qu'hier mais pas beaucoup plus ! ») sera expliquée. L'**importance des activités de distraction**, qui permettent d'arrêter de se focaliser sur la douleur, sera également mise en évidence.

Ces thérapies peuvent également **s'accompagner d'une éducation à la neurophysiologie de la douleur** (voir ci-dessous).

✓ Qu'est-ce que l'« éducation à la neurophysiologie de la douleur » ?

L'éducation à la neurophysiologie de la douleur constitue une composante spécifique de la prise en charge qui peut s'avérer très utile voire indispensable chez certains patients souffrant de douleurs chroniques. **Elle permet en effet de mieux faire comprendre au patient tous les éléments qui peuvent influencer la perception de la douleur.** Cette éducation aide à **réduire certaines peurs** et à comprendre ce qu'on peut entreprendre par soi-même pour agir sur la douleur. Si on reprend l'analogie utilisée ultérieurement (voir « *Quel est le lien entre la douleur et le stress ?* », page 49), on comprendra que **l'éducation à la neurophysiologie permettra de réduire la menace perçue** (ce n'est plus un « gros chien agressif » qui vous poursuit, mais « un petit chiot ») et aussi réduire la réponse à cette « menace ». Des études

récentes ont objectivé une réduction de la sensibilisation du système nerveux et des douleurs ressenties suite à ce type d'éducation. Plusieurs **brochures** destinées spécifiquement à l'éducation à la neurophysiologie de la douleur peuvent être consultées ou commandées via les sites suivants :

- <http://www.paininmotion.be/EN/education-booklet-FRENCH.pdf>,
- www.tftm.be/document/lehman_abc_2015frenchtrans.pdf,
- <http://www.optp.com/Why-Do-I-Hurt#.Uo3F7eKkOCg>,
- <http://www.noigroup.com/en/Product/EPBII>.
- Le **site internet www.retrainpain.org** constitue également un très bel outil pour comprendre la neurophysiologie de la douleur.

✓ Qu'est-ce qu'une rhizotomie facettaire ?

Il s'agit d'une option thérapeutique destinée à soulager une douleur rachidienne trouvant son origine au niveau d'une arthrose des articulations zygapophysaires postérieures (voir « *De quoi se compose le dos ?* », page 10). Cette technique de traitement consiste **d'abord** à réaliser **une infiltration paravertébrale** sous radioscopie à l'aide d'un anesthésique local au contact du rameau du nerf rachidien qui innerve les facettes articulaires peu après sa sortie du foramen (trou de conjugaison). **Si le test thérapeutique est concluant**, la douleur ressentie habituellement par le

patient sera transitoirement (2-4 heures) soulagée par l'anesthésie locale.

On procédera **ensuite** à une **thermocoagulation par radiofréquence (rhizotomie)** qui consiste à « brûler » le nerf localement en chauffant l'aiguille à l'aide d'un courant électrique. Cette procédure se réalise sans risque exagéré, en ambulatoire et en quelques minutes, à la manière de la réalisation d'une infiltration paravertébrale. L'objectif est d'atténuer durablement (6-12 mois selon le cas) la douleur rachidienne provenant des facettes articulaires postérieures.

✓ La chirurgie : quand et comment ?

La prise en charge chirurgicale du rachis lombaire sans déficit neurologique (perte de force, de sensibilité) constitue une **alternative de dernier recours** réservée aux patients pour lesquels une thérapeutique conservatrice préalable et correctement conduite n'entraîne pas d'amélioration.

En cas de sciatique par hernie discale, un délai de l'ordre de 6 semaines entre le début des symptômes et l'intervention est fréquemment recommandé (sauf en cas de déficit moteur) en raison de l'amélioration naturelle généralement observée. Ces précautions résultent de l'**absence de garantie d'amélioration**, de l'absence d'une efficacité à long terme des interventions chirurgicales (qui n'apparaissent **pas supérieures à une prise en charge conservatrice intensive**) et des **risques opératoires**.

Il convient de toujours **peser les avantages** (une diminution de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle qui **peut** être plus rapide) **et les risques potentiels**.

Différentes techniques chirurgicales existent ; elles seront sélectionnées en fonction de l'objectif recherché (Figure 36) :

- en cas de hernie discale, les patients bénéficient souvent d'une **discectomie** qui consiste à retirer la hernie et à extraire les fragments discaux de façon à décompresser la racine. Cette intervention est souvent caractérisée par de bons résultats (65 à 70% de patients très satisfaits) à court terme.

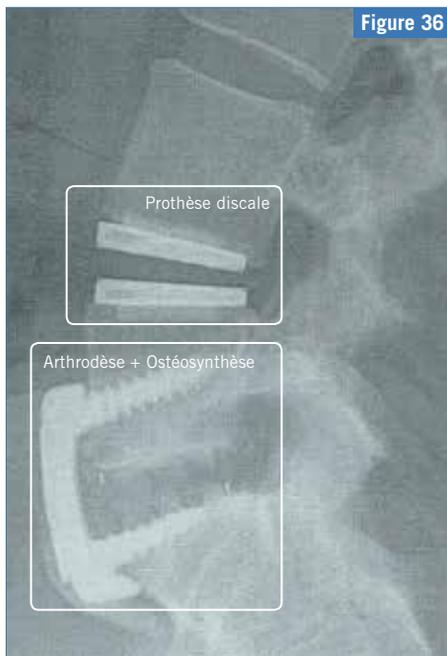


Figure 36

- en cas d'instabilité vertébrale, d'arthrose évoluée ou d'une dégénérescence discale considérable, une **arthrodèse** (véritable fusion de l'articulation, parfois stabilisée par un matériel d'ostéosynthèse (plaques et vis)) pourra être envisagée. Il est néanmoins **vivement recommandé d'essayer les différents traitements conservateurs avant d'envisager une telle intervention**.
- d'autres techniques, ayant des **indications très spécifiques**, existent. Citons par exemple la mise en place d'une **prothèse discale**, parfois envisagée chez des sujets jeunes souffrant d'une discopathie localisée à un seul étage.





- 49 ▶ Quel est le lien entre la douleur et le stress ?
- 50 ▶ La position couchée
- 51 ▶ La position debout et la position assise
- 56 ▶ La voiture
- 58 ▶ La manutention de charges lourdes
- 59 ▶ Quelles sont les règles de stockage ?
- 59 ▶ Comment expliquer et traiter les lombalgies lors de la grossesse ?
- 60 ▶ Comment économiser son dos lorsqu'on s'occupe d'enfants en bas-âge ?
- 61 ▶ Comment se faciliter la vie lors des tâches quotidiennes ?
- 61 ▶ Les exercices et les activités physiques

> PARTIE 6

Le dos dans la vie quotidienne et au travail

✓ Quel est le lien entre la douleur et le stress ?

Initialement, le stress est un phénomène naturel et essentiel à la survie de l'espèce.

Dans le monde animal, il déclenche une **cascade de réactions** dont une libération rapide d'adrénaline (qui entraîne notamment une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire, etc.) afin d'échapper au prédateur.

Cette réponse au stress sera identique chez l'homme qui se retrouverait seul, face à un énorme chien très agressif. **Une fois la menace écartée, les systèmes reviendront à leur situation normale.** L'organisme humain dispose en effet de structures permettant de mettre le système de réaction au stress « en veilleuse », lorsque le « danger » est passé.

Chez l'homme, de nombreux soucis quotidiens peuvent engendrer un stress, tels que la peur (d'échouer, de ne pas être à la hauteur, de perdre son travail...),

des sentiments de contrariété (les « tracas » quotidiens, le manque de soutien social dans le travail ou de la part de la famille...), le manque de reconnaissance ou encore des situations sur lesquelles nous n'avons aucune possibilité d'action (être bloqué dans des embouteillages).

La présence d'une douleur qui persiste et inquiète (Qu'est-ce que j'ai ? Combien de temps vais-je avoir mal ? Comment vais-je pouvoir reprendre mon boulot ?) **peut également entraîner un stress engendrant des réactions similaires à celles décrites lorsque la survie est en jeu, avec une intensité moins élevée mais qui persiste beaucoup plus longtemps** (comme si l'énorme chien très agressif vous suivait

en permanence). Parmi les conséquences potentielles du stress, nous pouvons citer une **sensibilité accrue des muscles et des nerfs (qui peut favoriser l'apparition ou la persistance du mal de dos)**, une modification de l'humeur et un état dépressif (en raison



de la production accrue de cortisol), une fatigue accrue (en raison de la dépense énergétique accrue), une perturbation du sommeil (en raison des substances chimiques libérées en cas de stress), des troubles gastro-intestinaux (la vascularisation du système digestif est en effet perturbée), des troubles cardiovasculaires, etc.

Par ailleurs, le système de réponse au stress n'étant pas prévu ni adapté pour

fonctionner en permanence, un état de stress prolongé peut, en outre, entraîner un dysfonctionnement des structures mettant le système de réaction au stress « en veilleuse », engendrant ainsi l'installation d'un cercle vicieux favorisant la persistance d'un état de stress.

Les conséquences du stress sont bien illustrées dans la vidéo disponible à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=WuyPuH9ojCE>

✓ La position couchée

Y a-t-il une position recommandée pour dormir ?

Non, pas vraiment. Il faut avant tout chercher la position qui vous convient le mieux. Il faut néanmoins éviter de passer la nuit dans une position où la colonne se trouve en torsion.

- ▶ Pour la **position sur le dos (décubitus dorsal)**, l'oreiller devrait être positionné sous la tête mais aussi sous les omoplates afin d'éviter une posture prolongée de la tête en flexion. Un coussin supplémentaire positionné sous les genoux peut parfois être bénéfique chez certains patients.
- ▶ Le **couché latéral** est une position souvent appréciée car elle permet de positionner la colonne lombaire dans une position adaptée à chacun en variant la flexion des hanches. Il est conseillé de placer un oreiller sous la tête ; un autre peut également être placé entre les jambes.

- ▶ Si vous adoptez une position en **trois quart ventral**, il est conseillé de placer un coussin cylindrique sous le thorax.

Remarque : Dormir sur le ventre n'est pas idéal (notamment en raison de la rotation du rachis cervical).

Quels sont les conseils en matière de literie ?

Nous passons un tiers de notre vie dans notre lit. Sans affirmer qu'une mauvaise literie est responsable des problèmes de dos, elle serait susceptible de les favoriser.

En matière de **matelas**, on conseille souvent un matelas avec un degré de fermeté moyen. Plusieurs technologies sont disponibles sur le marché. Le matelas en matériau plein (mousse, latex...), qui correspond au matelas standard, peut tout à fait convenir. Le matelas à « mémoire de formes » est complété par une couche supérieure visco-élastique qui épouse la forme du corps de façon à mieux répartir les points de pression. Il est souvent considéré comme

très confortable mais présente néanmoins quelques inconvénients: outre son prix globalement plus élevé, il est thermo-adaptable et a, par conséquent, tendance à être chaud et mou l'été, et froid et dur l'hiver; de plus, en raison du temps de modification de l'empreinte, il convient moins bien aux personnes qui bougent beaucoup dans leur sommeil. Enfin, les matelas à «ressorts ensachés», qui sont composés de petits ressorts (200 à 300 au m²) entourés d'un recouvrement classique, permettent aussi de bien répartir les points de pression sans présenter d'inconvénient particulier.

Le choix du **sommier** est moins important que celui du matelas. L'avantage des sommiers en treillis par rapport aux sommiers en lattes est qu'ils offrent une surface parfaitement plane.

En ce qui concerne les **oreillers**, vu la pléthore de modèles sur le marché, il

est délicat de fournir un conseil si ce n'est d'utiliser un coussin dont la forme s'adapte facilement (rembourrage en plumes synthétiques par exemple) de façon à pouvoir convenir à chaque position de sommeil décrite plus haut.

Quoi qu'il en soit, le confort après quelques nuits de sommeil reste l'indicateur principal d'une literie adaptée !

Privilégiez par ailleurs, si c'est possible, un lit qui ne soit ni trop bas (afin de rendre plus facile l'entrée et la sortie du lit) et ni trop lourd (pour faciliter son déplacement quand c'est nécessaire).

Remarque : certains magasins permettent d'essayer un matelas avant de l'acheter et de l'échanger si nécessaire ; profitez de cette opportunité car il s'agit souvent d'un investissement conséquent.

✓ La position debout et la position assise

Comment gérer la position debout statique prolongée ?

Nous avons expliqué au début de cette brochure que c'est le mouvement qui assure la nutrition du disque intervertébral (voir : « *Quelle est la fonction du disque intervertébral et quelles sont ses particularités ?* » page 13). Dès lors, il sera **important de tenter de bouger et de changer de position régulièrement.**

Pour limiter le risque de survenue et/ou soulager une douleur lors du maintien d'une position debout statique (exemple : dans une file d'attente, à un concert...), nous suggérons de **réaliser de petits mouvements de bascule du bassin (Figure 37)** ou, **si c'est possible, de surélever un pied en le déposant sur une barre ou sur autre chose.**

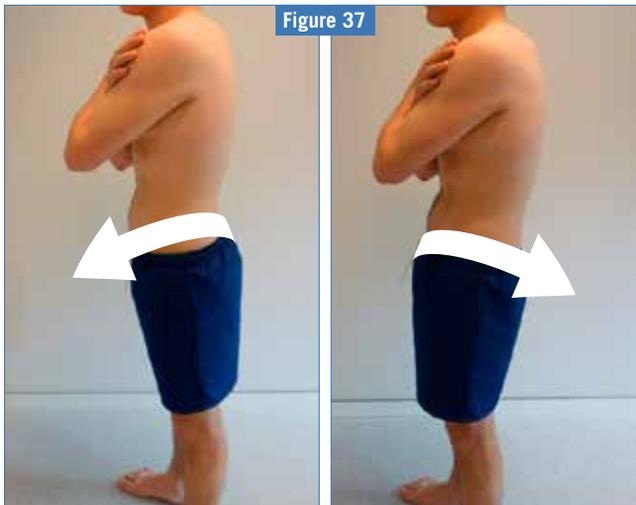


Figure 37

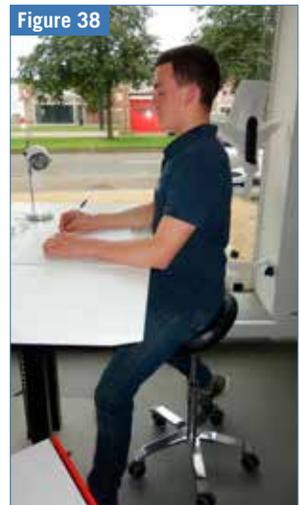


Figure 38

Remarque : l'adaptation du sol et l'utilisation de chaussures disposant de semelles qui assurent un amorti vertical peuvent également permettre d'augmenter le confort.

Comment gérer sa position lors d'un travail physique ?

Le travail physique se fait le plus souvent en position debout afin de permettre à la fois le déplacement et les positions de force nécessaires à certaines tâches. Néanmoins, lorsque le travail est fixe et ne nécessite pas de déplacement, il est possible de :

- **travailler en appui** du tronc (ou de la nuque) en utilisant un(e) :
 - position couchée (plomberie) ;
 - appuie-nuque ;
 - position quatre pattes (nettoyage, action sur le sol) ;
 - appui antérieur avec la main ;
 - siège sur lequel on peut appuyer son tronc (pour la soudure par exemple) ;
 - appui frontal (travail au microscope) ;

➤ utiliser des **sièges ergonomiques**

Le siège assis-debout qu'on retrouve dans les laboratoires, les desks d'accueil, les caisses de supermarché, les ateliers, permet de passer facilement de la position assise à la position debout.

Si la position nécessite de légers déplacements, la position « appui-fesse » avec un tabouret à roulettes constitue une solution (Figure 38). Elle se base sur le principe du trépied (3 points d'appui) et permet non seulement de se lever et s'asseoir rapidement, mais permet également les petits déplacements en évitant les rotations du tronc.

➤ utiliser un **plan de travail réglable** (Figure 39)

Pour éviter les postures contraignantes (en flexion du tronc notamment), le plan de travail sera idéalement réglable en hauteur à tout moment. En effet, si la hauteur du plan dépend de la taille du sujet, elle dépend aussi du type de tra-

Figure 39



vail. Il existe de nombreux cas où la hauteur du plan devrait idéalement pouvoir varier (fauteuil chez le coiffeur, table du kiné...); dans ces cas, le dispositif réglable est la seule solution valable.

Existe-t-il une bonne position assise ?

Deux types de position assise peuvent être considérés comme physiologiques : l'assise antérieure et l'assise postérieure. Les enfants alternent intuitivement ces deux options en se balançant sur les pieds avant ou arrière de leur chaise.

➤ **L'assise antérieure** (Figure 40) correspond à une position de « trépied » : les trois points d'appui sont assurés par les deux pieds en contact avec le sol et les fesses en appui sur le plan d'assise. Le dos reste droit ou légèrement incliné vers l'avant, avec le maintien des trois courbures, comme en position debout. Un appui des avant-bras sur le bureau constitue un avantage mécanique. Par contre, le dossier n'est pas utilisé dans cette position. Cette position antérieure est **indiquée lorsque le**

travail nécessite de voir ses mains ou lorsqu'on utilise un plan de travail antérieur (exemple : pour l'écriture manuscrite ou l'usage du clavier si l'on doit regarder ses doigts lorsque l'on tape).

Remarque : Si le travail se déroule toujours en assise antérieure, il existe de multiples façons de faciliter cette assise: utilisation d'un coussin triangulaire (Figure 41), d'un ballon (Figure 42)... Des sièges de bureau permettent même d'incliner l'assise vers l'avant, tandis que d'autres permettent de s'y asseoir à l'envers, la poitrine contre le dossier en bénéficiant d'un appui antérieur du tronc (Figure 43).

Figure 40



Figure 41

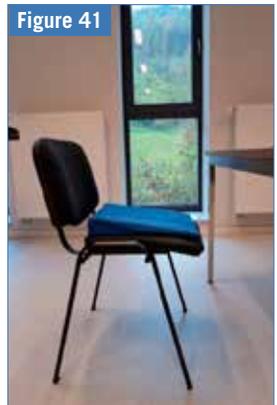


Figure 42



Figure 43



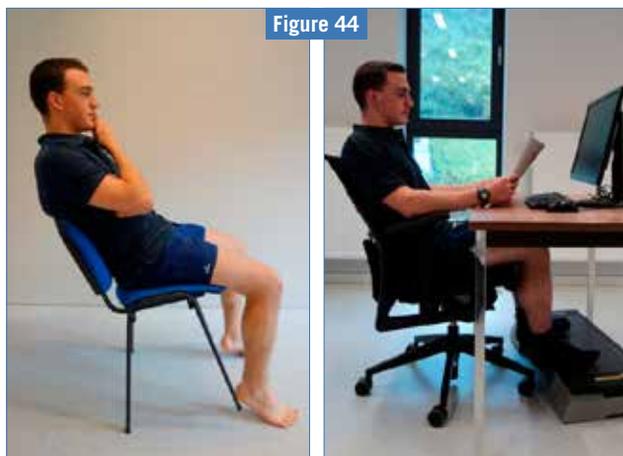


Figure 44

› **L'assise postérieure**, qui correspond à une **position en appui sur le dossier** proche de la position couchée, présente un avantage mécanique important (Figure 44). Cette position, dans laquelle **l'utilisation des accoudoirs est conseillée**, ne pourra être adoptée que si le travail ne nécessite pas de voir ses mains et que l'axe visuel est horizontal ou incliné vers le haut. C'est le cas lors de l'usage de la souris seule ou pour un travail de dactylographie en sachant taper sans regarder son clavier.

Remarque : Le choix de l'une ou l'autre de ces deux positions dépend de la tâche à accomplir, mais il faut souligner que la position assise idéale n'existe pas puisque c'est la variation des positions qui rend la situation idéale.

Ajoutons qu'une position physiologique doit se rapprocher au maximum des amplitudes articulaires neutres ou «de confort». Il s'agit de respecter la forme de la colonne vertébrale et en particulier la lordose lombaire mais aussi de veiller à maintenir des angles «ouverts» aux hanches et aux genoux. A titre d'exemple, la position phy-

siologique des hanches avoisine 130°. La position assise postérieure et la position « appui-fesse » permettent de se rapprocher voire d'atteindre cette amplitude.

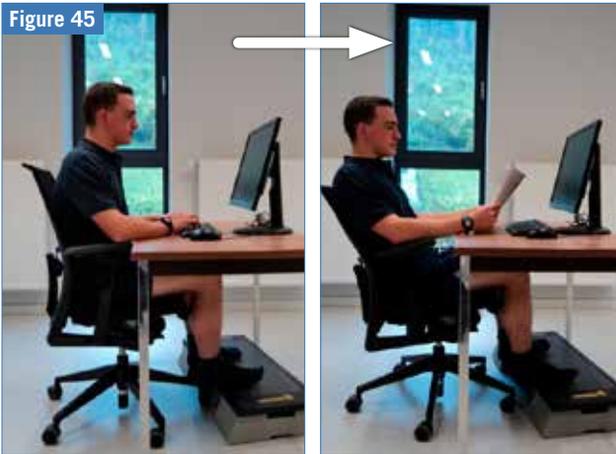
Comment régler son siège de bureau ?

Comme les tâches sont variables lors d'un travail de bureau, l'objectif sera de pouvoir passer aisément d'une position antérieure à une position postérieure (voir « *Existe-t-il une bonne position assise ?* », page 53), en garantissant à la fois une assise dynamique et des positions physiologiques et confortables. Le siège de bureau permet cette dynamique (Figure 45).

Afin d'utiliser au mieux la dynamique du siège, rappelons quelques conditions essentielles :

- › déverrouillez le dossier (souvent synchronisé à l'assise),
- › réglez la résistance du mouvement en fonction du poids du tronc,
- › réglez la hauteur d'assise tout en garantissant l'appui des pieds au sol (ou sur un

Figure 45



appui stable) sur toute la course de mobilité du dossier. La dynamique du siège est en effet inutilisable sans cet appui,

- > gardez le contact optimal du bas du dos avec le dossier en réglant ce dernier en hauteur,
- > réglez les accoudoirs afin que les avant-bras reposent dessus en position postérieure et sur le bureau en position antérieure.

Une fois ces réglages effectués, il faut veiller à ce que les accoudoirs soient dans le prolongement du bureau. Si ce n'est pas le cas, c'est idéalement la hauteur du bureau qu'il faudrait adapter au siège correctement réglé, et non l'inverse (afin d'éviter les mouvements de flexion du tronc).

Comment intégrer le mouvement dans un travail assis ?

Le travail de bureau est par définition sédentaire. Un objectif principal pour rendre cette activité plus ergonomique est d'y induire du mouvement. On peut par

exemple **alterner une assise « dynamique » (fond du siège) avec une assise « trépied »** en bord de chaise, comme on le ferait sur n'importe quelle chaise classique.

Une **mobilité latérale** est aussi possible en utilisant les **roulettes** du siège. Cette mobilité latérale sera effectivement utile pour dupliquer son poste de travail (par exemple : un poste informatique d'un côté et une table pour recevoir un interlocuteur de l'autre). Cependant, cela nécessite quelques conditions :

- > les roulettes doivent être adaptées au type de sol ;
- > il est nécessaire de libérer de l'espace sous le bureau. Ce sont souvent les blocs tiroirs qui limitent ces mouvements.

Une autre **façon de travailler en bougeant est d'alterner la position assise avec la position debout** (Figure 46). Aujourd'hui, certains bureaux permettent de rehausser électriquement le plan de travail de façon à permettre à l'opérateur d'alterner une position assise avec une position debout tout en continuant à travailler.



Figure 46

Enfin, le dernier conseil est de **prévoir des déplacements** afin d'éviter une position statique prolongée... (il faut bouger !). Placez par exemple à distance le fax, la photocopieuse et l'imprimante, sauf bien sûr si l'on en fait un usage intensif.

✓ La voiture

Chaque jour, une partie non négligeable de notre temps est consacrée aux déplacements, souvent en voiture.

Comment régler la position de conduite ?

Le siège : l'assise devrait généralement être inclinée afin que le conducteur soit bien calé dans le fond du siège et que sa sécurité soit garantie en cas de freinage. Le **dossier** doit, quant à lui, être **incliné** de façon à avoir un angle d'au moins **90° par rapport à l'assise** (éviter donc de verticaliser le dossier) (Figure 47). Le **siège** doit également être **suffisamment avancé** pour que le pied gauche puisse débrayer sans que le

bas du dos ne quitte le fond du siège. Cette position, assez proche du volant, est une bonne chose pour la précision de la conduite mais oblige parfois à reculer le siège pour pouvoir sortir du véhicule. Chez certaines personnes souffrant de lombalgie, un soutien lombaire (qui peut exister d'origine sur la voiture ou être créé en plaçant un essuie roulé dans le bas du dos) pourra s'avérer utile.



Figure 47

Que faire si on doit effectuer un long déplacement en voiture ?

Nous avons déjà expliqué (voir « *Quelle est la fonction du disque intervertébral et quelles sont ses particularités ?* » page 13) les conséquences que peut entraîner une position statique prolongée pour le disque inter-

vertébral. Dès lors, **lorsqu'on est amené à parcourir de grandes distances**, il sera important d'effectuer des **arrêts** réguliers (au moins toutes les 2 heures) de quelques minutes **durant lesquels il faut marcher un peu, faire quelques exercices de mobilisation générale et s'étirer.**

Conseil : certains conducteurs règlent leur rétroviseur intérieur une fois correctement installé dans leur siège (Figure 48). Cela les incite ainsi à corriger régulièrement leur position en se redressant. Cette astuce permet parfois de limiter, voire d'éviter des douleurs lombaires survenant lors des trajets en voiture.

Figure 48



Comment choisir sa voiture ?

Pour limiter/éviter que des douleurs lombaires ne soient associées aux déplacements en voiture, il est conseillé de **choisir son véhicule automobile selon l'usage** qu'on en fait :

> **si la voiture est plutôt destinée à des longs trajets**, une voiture plus basse conviendra mieux pour des raisons de consommation mais aussi parce que l'assise y est généralement plus confortable. Le point faible est cependant la difficulté pour y entrer et en sortir ;

> **si l'on doit souvent faire des courses, s'occuper d'enfants en bas âge, transporter du matériel**, l'idéal est de bénéficier d'une voiture relativement haute, avec 4 portes, un hayon et du volume de chargement (Figure 49). La hauteur de la voiture influence son accessibilité (entrées-sorties) et la présence de portes à l'arrière facilite l'entrée et la sortie des enfants. Pour ce qui est du

coffre, l'idéal est de disposer d'un plancher relativement bas qui ne comporte pas de montant (la présence d'un montant empêche de faire glisser les charges et impose leur soulèvement).

Figure 49



✓ La manutention de charges lourdes

Quelle est la meilleure technique pour manipuler une charge lourde ?

Notez avant tout qu'une charge vraiment très lourde (on parle en général d'une charge de plus de 25 kg) devrait idéalement être manipulée et soulevée à plusieurs ou au moyen d'aides techniques. La technique décrite ci-dessous est efficace dans certaines limites de poids, de volume de charge et de fréquence de manutention.

Pour soulever et transporter une charge **lourde**, il est conseillé :

- **d'écarter les jambes** de façon à avoir un meilleur équilibre et être plus proche de la charge),
- **d'encadrer la charge** afin qu'elle se situe entre les deux pieds (disposer un pied à chaque angle de la charge) (Figures 50 et 51),
- **de plier les jambes**,
- **de garder le dos droit**,

- **de porter la charge contre soi** (Figure 52),
- **d'éviter de déposer ou soulever une charge sur le côté.**

Remarques :

- 1) *N'hésitez pas à **prendre un temps de réflexion** pour analyser la tâche à effectuer (évaluer la charge et son poids ; se poser les questions : « Comment vais-je soulever la charge ? » « Y a-t-il des possibilités d'appui ? »...), à vous mettre dans de bonnes conditions pour soulever/transporter la charge, à faire plusieurs trajets...*
- 2) *Dès que c'est possible, il est **conseillé de prendre un appui.***
- 3) *Ces **principes** devront **également** être pris en compte **pour soulever/transporter des enfants ainsi que pour réaliser un effort intense** (ex : desserrer les écrous d'une roue de voiture).*

Figure 50



Figure 51



Position des pieds proche de la charge

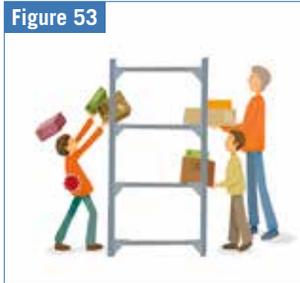
Figure 52



✓ Quelles sont les règles de stockage ?

La **zone idéale** pour stocker une charge est comprise **entre le niveau des épaules et de la mi-cuisse** (Figure 53). En profondeur, une armoire doit idéalement se limiter à la distance des bras, soit environ 50 cm.

Figure 53



représenter 3 à 4 étages d'armoire), en privilégiant les étages bas pour les charges plus lourdes (Ex. : pack d'eau) et les étages plus haut pour les charges plus légères (Ex. : verres).

Les charges que l'on manipule le plus fréquemment

(au moins une fois par jour) doivent idéalement se trouver **dans cette zone** (qui peut

Les étages situés au niveau du sol et au-delà des épaules devraient être **réservés aux charges utilisées plus rarement** (moins d'une fois par jour).

✓ Comment expliquer et traiter les lombalgies lors de la grossesse ?

La grossesse, par les changements physiologiques multiples qu'elle provoque (notamment l'augmentation de poids et la modification de l'élasticité des tissus), perturbe le fonctionnement de la colonne lombaire et modifie les contraintes à son niveau. La survenue de lombalgies et de douleurs lombofessières est fréquente au cours de la grossesse (20 à 50% des femmes enceintes) ; les douleurs apparaissent généralement vers la 18^e semaine et s'intensifient généralement jusqu'à l'accouchement. **Dans la grande majorité des cas, l'évolution des douleurs est favorable endéans les 12 semaines post-partum.**

La présence d'une activité professionnelle intense, physique, stressante, des antécédents de lombalgie, la fatigue, les troubles du sommeil et l'anxiété constituent des facteurs de risque significatifs

pendant la grossesse. Ainsi, les douleurs peuvent apparaître plus intensément le soir, en raison de la fatigue ou encore après une position statique prolongée. Le traitement proposé s'inspire des recommandations formulées pour les lombalgies non spécifiques. Le maintien d'une activité physique douce et régulière, adaptée à la grossesse, est recommandé (exercices gymniques, aquagym, marche...). La pratique d'exercices ou de postures de relaxation et d'exercices respiratoires peut être préconisée. Les thérapies manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, thérapie manuelle) peuvent être bénéfiques mais devront être réalisées de manière réfléchie (s'adresser à des thérapeutes expérimentés) compte tenu de la détente ligamentaire et musculotendineuse. Dans ce contexte, l'évaluation et la rééducation du contrôle moteur lombopelvien seront parfois nécessaires.

✔ Comment économiser son dos lorsqu'on s'occupe d'enfants en bas-âge ?

Le problème principal est souvent lié à l'accès au lit à barreaux ou au parc. Il faut donc veiller à utiliser des lits ou parcs dont le plancher peut se surélever. Il existe aussi des lits/parcs présentant une ouverture latérale au niveau des barreaux qui évite de devoir se pencher pour y placer le bébé ou l'en sortir.

Pour changer l'enfant (Figure 54), il est parfois plus facile de se positionner latéralement afin d'éviter des positions du tronc trop fléchies. C'est le même principe pour le nourrir dans une chaise haute (Figure 55) : la position latérale est souvent plus confortable.

Dès que l'enfant devient plus autonome, il sera possible de le faire monter seul sur la table à langer en utilisant par exemple une petite es-

cabelle. Pour l'habiller, faites le monter sur une chaise ou une table afin d'éviter de devoir vous pencher. De façon générale, il est conseillé de **faire participer l'enfant** autant que possible.

Pour la voiture, privilégiez une voiture disposant de portes à l'arrière ; il existe par ailleurs des sièges adaptés et pivotants, qui permettent d'installer l'enfant en bas-âge et de le sécuriser de façon beaucoup plus aisée.

Figure 54



Figure 55



✔ Comment se faciliter la vie lors des tâches quotidiennes ?

La réalisation de différentes tâches/activités de la vie quotidienne peut être facilitée par :

- l'**utilisation des appuis**, qui constituent un moyen très efficace pour s'économiser. Cette technique est néanmoins plus difficilement applicable lorsque les deux mains sont occupées ;
- l'**adaptation de la hauteur** du plan de travail (planche à repasser qui ne doit être ni trop haute, ni trop basse...), de la machine à laver (en la surélevant au moyen de

blocs afin de pouvoir au moins placer une manne sous la machine), etc. ;

- l'utilisation de **systèmes** (pastilles en tissu, roulettes...) **facilitant le déplacement** d'objets lourds (meubles, tables...) s'ils doivent être fréquemment déplacés ;
- l'utilisation d'un **manche de taille suffisante** (pour aspirer, nettoyer...).



✔ Les exercices et les activités physiques

Le **plus important est de bouger** ! ... Ce que de nombreuses personnes ne font pas assez... Une étude a montré qu'en moyenne, un Belge regarde la télévision presque 4h par jour... Pourtant, au-delà de 30 ans, chaque heure passée devant la télévision pourrait diminuer l'espérance de vie de plusieurs minutes !

Faire des exercices régulièrement, c'est facile à dire mais pas facile à faire... En

effet, cela prend du temps et demande un investissement personnel et parfois une réorganisation du temps familial. L'exercice apparaît néanmoins **primordial pour votre dos mais également pour votre santé**. Outre ses effets positifs sur la gestion du stress, du poids, du sommeil, l'activité physique lutte contre la chronicisation des douleurs lombaires. Elle constitue de plus un excellent moyen de prévention des maladies cardio-vasculaires.

Actuellement, l'**OMS** (Organisation Mondiale de la Santé) recommande, pour les adultes âgés de 18 à 64 ans, un **minimum de 150 minutes d'activité physique modérée au cours de la semaine** (activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement telles que porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball) **ou au moins 75 minutes d'activité physique soutenue** (activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement, telles que porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football).

Quelles sont les activités recommandées pour les personnes qui ont (eu) mal au dos ? Y a-t-il des sports à éviter ?

À la question de savoir **quelles sont les activités recommandées pour les personnes qui ont (eu) mal au dos**, on serait tenté de répondre qu'**elles sont toutes recommandées** si elles sont pratiquées dans un esprit de loisir et de maintien d'une activité physique car **l'important c'est de bouger**. Optez pour des activités qui vous procurent du plaisir et qui sont compatibles avec votre emploi du temps afin de pouvoir les effectuer de façon régulière. La participation à un programme multidisciplinaire (voir : « *Quel est l'intérêt des programmes de révalidation pluridisciplinaire ?* », page 42) peut néanmoins parfois



s'avérer nécessaire préalablement à la reprise de l'activité physique que vous souhaitez.

Par ailleurs, il est primordial que le geste technique soit correct et que votre matériel soit bien adapté. Un échauffement avant l'activité et une période de récupération/étirements après celle-ci peuvent être bénéfiques. Enfin, le caractère **régulier et progressif de l'entraînement est important**.

Sauf dans des cas très spécifiques (à discuter avec votre thérapeute) ou si la douleur est vraiment trop intense, presque tous les sports peuvent être envisagés. En cas d'augmentation de la douleur lors de l'activité, il conviendra de diminuer l'intensité de l'exercice et, si cela ne suffit pas, de l'interrompre. Une discussion avec votre thérapeute permettra d'envisager la poursuite ou non de cette activité et de prévoir d'autres alternatives.

Les **activités physiques aérobies (la marche, le vélo et la natation) peuvent être reprises assez rapidement** par la majorité des patients si cette reprise est réalisée de façon progressive. Ces activités, pour lesquelles la présence d'un partenaire est la bienvenue, entraînent de très nombreux effets bénéfiques.

La survenue de douleurs après des exercices signifie-t-elle qu'ils sont néfastes ?

Elles résultent le plus souvent de courbatures d'origine musculaire sans gravité, apparaissant 1 à 3 jours après un effort inhabituel.

Comme nous l'avons vu précédemment, le dos comporte de nombreux muscles qui peuvent être l'objet de courbatures comme peuvent l'être les muscles des jambes (vous avez certainement déjà souffert de courbatures les jours suivant une marche ou une activité sportive inhabituelle ou plus longue que d'habitude). Les **courbatures persistent quelques jours puis s'estompent généralement en une semaine. Au fur et à mesure que l'effort sera renouvelé (entraînement), les douleurs post-effort s'atténueront progressivement.**

Dois-je faire des exercices quotidiens à la maison, et si oui, lesquels ?

A côté des exercices (ou positions) qui peuvent être réalisés en cas de douleurs, (voir « *Que faire pour gérer cette douleur ?* » page 20), il est **nécessaire de pratiquer des activités physiques quotidiennes** (exemple : vélo d'appartement, marche, piscine, etc.).

Par ailleurs, d'autres exercices thérapeutiques relativement simples peuvent être réalisés quotidiennement (quelques minutes) à votre domicile (voir ci-dessous) :

➤ **Exercice 1 (Figure 56)** : Position de départ : à quatre pattes, en maintenant la tête dans le prolongement du tronc et les courbures normales de son dos. L'exercice consiste à étendre

un bras et le membre inférieur opposé (pas plus haut que l'horizontale et sans modifier la position du dos). Maintenir la position 6 secondes, puis changer de côté. Effectuez 10 répétitions de chaque côté.

➤ **Exercice 2 (Figure 57)** : Position de départ : dos au mur, les pieds avancés et écartés (largeur du bassin). L'exercice consiste à descendre les fesses comme pour s'asseoir sur une chaise (cuisses légèrement obliques). Maintenir la position 30 secondes (plus si c'est possible), et répétez 5 fois l'exercice.

➤ **Exercice 3 (Figure 58)** : Position de départ : couché sur le dos, les genoux fléchis et les pieds au sol (parallèles et écartés largeur bassin). L'exercice consiste à décoller le bassin du tapis jusqu'à ce que les cuisses soient dans le prolongement du tronc et à maintenir la position 6 secondes. Effectuez une dizaine de répétitions.



- » Exercice 4 : Position de départ : debout ou assis avec une charge sur la tête (un sac de riz par exemple). Repoussez la charge tout en maintenant le regard à l'horizontale, le menton légèrement rentré et les épaules relâchées.

Progression : au début, une charge de 1 à 3 kg (5 minutes par jour, tous les jours) peut être utilisée. Ensuite, la charge peut être augmentée de 0,5 kg par semaine. Par la suite, une charge pouvant aller jusqu'à 5-7 kg (2 x 10 minutes par jour, tous les jours) peut être utilisée.

L'exercice ne doit jamais être douloureux.

D'autres **exercices**, spécifiquement adaptés à votre situation **seront peut-être conseillés par votre thérapeute** (étirement, renforcement...); **dans ce cas**, il sera **vivement conseillé de prendre quelques minutes tous les jours pour les réaliser** car vos **séances de soins (kinésithérapie...)** seront **toujours plus efficaces si** elles sont **complétées par des exercices quotidiens.**

Faut-il nécessairement renforcer ses abdominaux ?

Il convient de **distinguer** d'une part les **muscles abdominaux superficiels** (« tablettes de chocolat ») et d'autre part les **muscles abdominaux profonds (transverse de l'abdomen)**. **Les exercices sollicitant les muscles abdominaux profonds sont particulièrement efficaces chez certains patients souffrant de lombalgie** (voir « *Quel est le rôle des muscles du tronc ?* » page 13).

Si **renforcer les muscles abdominaux superficiels peut être nécessaire chez certains patients**, cela n'est pas systématiquement le cas ! Les exercices de type « Crunch » sont par ailleurs contre-indiqués chez de nombreux patients (en post-partum, en cas de faiblesse du plancher pelvien, d'un diastasis des abdominaux...). Le renforcement des abdominaux nécessite donc les conseils d'un thérapeute compétent.

Conclusion

Nous espérons que cette brochure a permis de répondre de façon claire à vos principales questions au sujet du mal de dos et qu'elle vous permettra d'adopter un meilleur comportement en cas de douleurs afin de limiter la durée de la souffrance et le risque de récurrence.

Nous sommes là pour vous aider mais n'oubliez pas que **votre dos est entre vos mains.**

A VOUS DE JOUER !

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.

PHYSIO K

WWW.PHYSIO-K.BE

CRYOTHÉRAPIE CORPS ENTIER



CRYØJET
HEALTH THERAPY

BIENFAITS POUR TOUS

RHUMATOLOGIE

Rhumatisme, polyarthrite, toutes pathologies liées à la colonne vertébrale: spondylarthrite ankylosante, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, capsulite.

TRAUMATOLOGIE

Période post-opératoire, rachis, genoux, hanches, épaules, lésions tendino / musculaires tendinopathies, algoneurodystrophie, œdème, hématome, échymose.

NEUROLOGIE

Migraines, troubles du sommeil, stress, état dépressif, fibromyalgie, sclérodémie, sclérose en plaques (spasticité).

CARDIOLOGIE

Prévention des problèmes cardiovasculaires, réentraînement à l'effort.

HYDROTHÉRAPIE

HYDROJET by **WELLSYSTEM**

PRINCIPE

MOUVEMENTS BREVETÉS
ET EXCLUSIFS
SUR DES ZONES CIBLÉES

ÉLLIPTIQUE: Mobilisation ostéo-articulaire

INVERSÉ: Récupération musculaire

PULSÉ: Anti-cellulite

LONGITUDINAL: Libération des andorphines

CIRCULATION: Bien-être

HYDROJET
WELLNESS THERAPY



POUR LE LUXEMBOURG

INFO@PHYSIO-K.LU

GSM: 661 20 99 61

TEL: 20 20 36 27

POUR LA BELGIQUE

INFO@PHYSIO-K.BE

GSM: 0489 98 44 77

TEL: 04 277 94 30





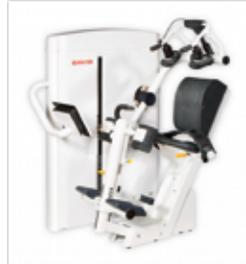
MOVEMENT AS MEDICINE

DAVID

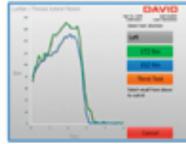
Circuit de 4 machines lombaires et 2 machines Cervicales

Lumbar Extension * Lumbar Flexion * Lumbar Rotation * Lateroflexion * Cervical Flex/Ext/Lat et Rotation
Avec positionnement automatique.

Lumbar Spine:



Cervical Spine:



Nouveau:
Rotation Cervical

Concept Genoux avec Résistance *Vario Dynamique*



ISBN : 978-2-9601527-1-5



9 782960 152715