

PLACE DES MANIPULATIONS VERTÉBRALES DANS UN PROGRAMME DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE POUR LOMBALGIQUES

PH. VAUTRAVERS

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Le traitement médical des lombalgies communes mécaniques aiguës et subaiguës fait appel habituellement aux antalgiques et aux décontractants associés éventuellement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Des infiltrations, articulaires postérieures ou périurales, peuvent compléter cette thérapeutique en fonction de la pathologie causale. Aucun de ces traitements n'a une efficacité prouvée, à terme, dans les lombalgies chroniques.

Le même reproche peut être fait au traitement physique. Il comprend beaucoup trop de techniques et méthodes discutables, non validées pour beaucoup d'autres d'entre elles. Toutefois, le traitement physique des lombalgies communes, mécaniques, reste l'élément essentiel de la thérapeutique. Les manipulations vertébrales s'intègrent parfaitement dans cette prise en charge.

Nous ferons la distinction entre les patients atteints de lombalgies aiguës évoluant depuis moins de 3 à 4 semaines de ceux souffrant de lombalgies chroniques.

LOMBALGIES AIGUES

Le diagnostic clinique médical indispensable, rigoureux, a permis de poser le diagnostic de lombalgie aiguë commune mécanique. Nous excluons la lombosciatique discale de ce travail. Il ne nous appartient pas dans ce travail de préciser les étiologies précises de la lombalgie (articulaire postérieure, ligamentaire, musculaire, discale, etc...). C'est dans ce type de lombalgie aiguë et subaiguë que les manipulations vertébrales sont les plus efficaces. Nous le constatons, de façon empirique, dans notre pratique quotidienne. Les articles publiés dans la littérature médicale en confirment l'efficacité. Malheureusement, la valeur scientifique de ces nombreux articles est souvent discutable^[3,7].

Par contre, parmi les travaux de bonne qualité méthodologique, **Shekelle**, en 1992,^[5] analyse tous les articles parus sur le sujet et répertoriés dans la banque de données «Medline» entre 1952 et 1992. Il retient 7 études dont le regroupe-

ment statistique dans une méta-analyse montre une **meilleure efficacité** des manipulations vertébrales par rapport aux autres traitements et/ou au placebo. La différence est faible, mais statistiquement significative. A long terme, par contre, c'est-à-dire après quelques semaines à quelques mois d'évolution, il n'y a pas de différence mesurée entre les différents groupes. Il n'y a pas non plus de preuve d'une diminution du risque de passage à la chronicité ou aux récurrences dans les différents groupes.

Di Fabio, analysant la littérature consacrée à ce sujet, en 1992,^[2] établit le profil idéal du patient susceptible de bénéficier des manipulations :

Il s'agit d'un lombalgique, homme ou femme, âgé(e) de 21 à 57 ans, dont la douleur est apparue brutalement et qui évolue depuis moins de un mois. Cette douleur est lombaire basse en barre ou latéralisée. Le patient n'a pas d'antécédent de manipulation vertébrale, ni de chirurgie. Il n'est pas en conflit avec les organismes payeurs. Bien entendu, il n'y a pas d'anomalie notable à la radiographie et l'examen clinique ne montre ni infection, ni signe neurologique déficitaire.

Ce traitement manipulatif, efficace, mais symptomatique et passif, strictement médical, prend sa place à côté d'autres techniques et méthodes à visée antalgique et qui sont classiquement prescrits^[6] :

■ LE REPOS

Obligatoire, indispensable à la phase aiguë de l'affection, sa durée est de 3 à 8 jours.

■ LES CONTENTION LOMBAIRES

Quand le repos ne peut pas être obtenu, ou au cours des lombalgies subaiguës, une orthèse de protection lombaire peut être prescrite. Aucune n'immobilise parfaitement le rachis, mais les mouvements extrêmes de flexion-extension, inclinaison et rotation deviennent limités avec les contentions rigides et, à un degré moindre, avec les contentions renforcées. Les différents types de contention sont rappelés dans le tableau I.

■ TRACTION VERTÉBRALE

Visant à «agrandir» l'espace inter-somatique vertébral, l'effet de la traction lombaire s'oppose aux formations conjonctivo-ligamentaires et surtout à la musculature, siège d'une contracture. Les tractions vertébrales sont indiquées dans les lombalgies discales au décours immédiat de la phase hyperalgique. Nous prescrivons 6 à 10 séances de traction lombaire d'une vingtaine de minutes chacune, à raison de 2 à 3 par semaine.

■ MASSAGES

Les massages peuvent être superficiels, cutanés, à type d'effleurement, de pincé-roulé. Ceux-ci sont

efficaces au niveau des zones douloureuses cellulalgiques. Ils peuvent être plus profonds à type de tapotements, de frictions des insertions musculaires, de pétrissages des muscles contracturés spinaux ou de la fosse iliaque externe par exemple. Enfin, à signaler les techniques de massage réflexe du tissu conjonctif développé initialement par **Dicke, Teirich-Leube, Kohlrausch** et qui sont à la base des très nombreuses méthodes actuelles, dites de massages «réflexes».

■ HYDROTHÉRAPIE ET CHALEUR

La chaleur, beaucoup plus souvent que le froid, humide plutôt que sèche, est proposée à la phase aiguë de la lombalgie.

Son action antalgique est liée à l'hyperémie et au relâchement musculaire. Nous utilisons couramment les applications de péloïdes (fango, ...), les bains prolongés à 37°, les massages sous eau, etc... La plupart de ces techniques d'origine thermale sont utilisées dans les centres et services de rééducation.

■ ÉLECTROTHÉRAPIE

Les lombalgies aiguës constituent une bonne indication de l'électrothérapie à condition d'utiliser la bonne technique avec un rythme d'application correct et au bon étage rachidien. Nous utilisons les courants discontinus de basse fréquence, qui ont un effet antalgique par un mécanisme neurologique. Nous employons le **courant diadynamique de Bernard** ou la **neurostimulation trans-cutanée** : il s'agit dans ce cas de stimulateurs trans-cutanés, miniaturisés, por-

DIFFÉRENTS TYPE D'ORTHESES LOMBAIRES

Petit appareillage

- Contention souple (aucun effet d'immobilisation)
- Contention renforcée avec entente préalable
- Ceintures médico-chirurgicales :
- Ceinture de soutien abdominal :
- CSA, CSA bis, THX...
- Ceinture de maintien (+++) : CMB, CMAB, CMC
- Corset d'immobilisation vertébrale (CIV) : CIVA, CIVB1, CIVB2, CIVC selon l'importance de l'armature métallique sans entente préalable (pages roses du Vidal) (léger, prix bas, obtention immédiate)
- Ceintures de contention lombaire : Lombax, Thuasne 144, Occulta, Sigvaris, Active...
- Avec renforts postérieurs : ACT, Gibortho, Lombacross, Lumbotrain, Poussard...

Grand appareillage

- Contention rigide
- Orthèses inscrites à la nomenclature des articles du grand appareillage : Orthoprothésistes agréés. Prix élevés - Ex. : Ovale
- Lombostat plâtré (lourd, prix bas)
- Lombostat en résine de synthèse (+++) (Schotchcast...) (KC30, léger, réalisation aisée, prix du matériau assez élevé)

tables, fonctionnant sous basse tension : c'est le **Tens (Transdermal Electro-Neural Stimulation)**. Ce type d'électrothérapie serait la seule technique ayant une efficacité scientifiquement prouvée dans certaines douleurs ostéoarticulaires telles que les lombalgies sans radiculalgie.

D'autres techniques d'électrothérapie sont utilisées : les courants discontinus de moyenne fréquence, interférentiels (**courant de Nemec ou Nemectron**), les **ondes courtes** particulièrement efficaces en pathologie douloureuse profonde. Les **ultra-sons** ont un effet antalgique plus superficiel.

Quelle que soit la technique d'électrothérapie prescrite, il convient de la spécifier sur l'ordonnance, d'en indiquer le rythme, l'étage d'application et le nombre de séances.

Ainsi, au cours des lombalgies aiguës, les manipulations vertébrales ont une place très importante. Elles résument parfois, à elles seules, l'ensemble du traitement à la condition que le repos ait été respecté et que les règles d'application précises et strictes des manipulations puissent être respectées.

LOMBALGIES CHRONIQUES ET PRÉVENTION DES RÉCIDIVES DE LOMBALGIES AIGUES

Dans ce domaine, l'efficacité des manipulations vertébrales est moins évidente à la lumière des données de la littérature. **Shekelle** estime que les publications actuelles sont insuffisantes pour affirmer l'efficacité ou l'inefficacité des manipulations vertébrales dans les lombalgies chroniques. La qualité méthodologique des articles publiés est trop faible. Depuis, **Koes et Collaborateurs** ^[4] ont publié une étude randomisée comparative de 256 patients atteints de lombalgies chroniques. Il ressort de ce travail que, à court terme, les manipulations vertébrales et la physiothérapie seraient plus efficaces que le groupe Placebo, ce dernier étant plus efficace que le groupe Médecine Générale (anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques, conseils, ...) ! Cette différence est statistiquement significative pour le bénéfice ressenti par le patient et non significative pour la diminution de la douleur et le gain d'amplitude du rachis. A long terme (12 mois), le groupe Manipulation Vertébrale est plus amélioré que le groupe Physiothérapie avec une différence significative pour la douleur et non significative pour la mobilité rachidienne. Dans cette étude, le phénomène placebo joue un rôle très important. D'autre part, quelques problèmes méthodologiques diminuent la qualité de ce travail, en particulier la sélection des patients, leur examen clinique, l'étiologie de la lombalgie chronique, etc...

Dans un autre domaine, pour certains auteurs, il importe de traiter le

rachis à **titre préventif** par manipulation vertébrale afin d'éviter une aggravation ou une réapparition d'une symptomatologie. Aucune étude scientifique rigoureuse n'a permis de prouver cette affirmation !

La lombalgie chronique et la prévention des récidives sont le domaine de la **kinésithérapie**. Il n'y a pas de programme standard. Celle-ci doit être spécifique, adaptée à chaque patient. Les techniques et méthodes sont très diverses dans leur modalité et leur principe : gymnastique en cyphose, en lordose, en position intermédiaire, ajustement proprioceptif, étirement, stretching, utilisation des techniques d'isocinétisme, etc.

En pratique ^[6], en **pathologie discale**, nous donnons la préférence à la technique dite du «**verrouillage lombo-sacré**» de Troisier qui consiste à enseigner au patient la mise en position neutre de sa colonne lombaire et à effectuer les exercices de gymnastique à partir de cette position. **La rééducation en cyphose** est indiquée dans tous les cas d'hyperlordose lombaire, d'arthrose interapophysaire postérieure, dans la maladie de Bastrup, le spondylolisthésis, les canaux lombaires étroits. **La gymnastique en lordose**, plus rarement indiquée, se prescrit lors d'inversion douloureuse de la courbure lombaire et dans les cas de pathologie ligamentaire de l'arc postérieur, de ligament ilio-lombaire et chez les patients à la musculature spinale insuffisante, mais soulagée par la position en lordose.

A ces deux méthodes de base, sont toujours associés l'assouplissement - libération des raideurs sous-pelviennes et le renforcement musculaire du caisson abdominal et du manchon musculaire paravertébral. La reprogrammation proprioceptive complète ce programme.

La libération des raideurs sous-pelviennes, en particulier par la

technique du **stretching**, a fait l'objet d'études scientifiques montrant qu'elle permettait d'obtenir un gain fonctionnel significatif.

Le renforcement musculaire du caisson abdominal (muscles abdomino-pelviens et diaphragmatiques), ainsi que du **manchon musculaire paravertébral** composé des muscles paravertébraux antérieurs et postérieurs.

La tonification de l'ensemble de ces muscles se fait d'une façon générale en **isométrique**, en **position neutre** ou en **cyphose** suivant la pathologie du patient ; il permet le «**reconditionnement**» à l'effort. En effet, la plupart de ces patients sont déconditionnés tant physiquement que psychologiquement. Une rééducation **active** visant à renforcer cette musculature du tronc et à développer la motilité rachidienne éventuellement à l'aide d'appareils sophistiqués d'**isocinétisme** permet de reconditionner ces patients comme cela a été validé par plusieurs travaux scientifiques [8].

La rééducation proprioceptive fait partie intégrante de tous ce programme de rééducation. Elle a pour but de développer les boucles de rétro-contrôle neurologique en provoquant des situations de désé-

quilibre du rachis afin d'obtenir une réponse musculaire appropriée dans toutes les situations. Certains techniques, telle la technique de **Klein-Vogelbach**, réalisent au mieux ce type de programme.

Ainsi, dans les lombalgies chroniques, ou en prévention des lombalgies aiguës, le traitement de fond est essentiellement kinésithérapique. La prescription de ce traitement doit être détaillée sur l'ordonnance de kinésithérapie et sa réalisation doit être contrôlée, médicalement, à la fin du traitement.

EN CONCLUSION

Le traitement physique, en particulier par manipulation vertébrale, est un élément essentiel dans les lombalgies aiguës ou subaiguës. Les Manipulations Vertébrales peuvent être associées, ou non, à une physiothérapie antalgique.

Les lombalgies chroniques, la prévention des récurrences sont plutôt l'apanage de la kinésithérapie qui doit être détaillée, bien conduite et contrôlée.

BIBLIOGRAPHIE

1) Blotmann F., Treves R., Bannwarth B., Bossy J., Duplan B., Ghozlan R., Goupille P., Lassale B., Revel M., Vautravers Ph.

Le traitement des lombalgies chroniques
Revue du Rhumatisme, 1994, 61 (4 bis), 51S-64S

2) Di Fabio R.P.

Efficacy of Manual Therapy.
Physical Therapy, 72, 12, 853-864

3) Hérisson Ch., Vautravers Ph.

Les manipulations vertébrales
Masson Ed., 1994

4) Koes B.W., Bouter L.M., et al.

The effectiveness of manual therapy, physiotherapy, on treatment by the general practitioner for non specific back and neck complaints.

A randomised clinical trial.
Spine, 1992, 17, 28-35

5) Shekelle P.G., Adams A.H., et al.

Spinal Manipulation for low back pain.
Annals of Internal Medicine, 117, 7, 590-598

6) Vautravers Ph.

La prise en charge du lombalgie.
Tempo Medical, 1993, 510, 25-28

7) Vautravers Ph., Lecocq J.

Manipulations vertébrales et lombalgies.
Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 1994, 37, 69-74

8) Vauvelcenaher J., Voisin P., Struck P., Divay E., Goethals M., Aernoudts E., Raavel D., O'Miel G., Vanhee J.L.

Programme de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) dans le cadre des lombalgies chroniques. Nouvelle approche thérapeutique [1ère partie : données du problème - évaluation ; 2ème partie : traitement, résultats, discussion]

Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 1994, 37, 317-333

COUVERTURE

UTEPLEX	Page 2	WYETH FRANCE - 117, rue du Château des Rentiers - 75013 PARIS	Tél. : 44 06 40 00
MEDIMA	Page 3	MEDIMA FRANCE - BP N° 8 - 68490 OTTMARSHEIM	
LODINE	Page 4	WYETH FRANCE - 117, rue du Château des Rentiers - 75013 PARIS	Tél. : 44 06 40 00

INTÉRIEUR

MYOLASTAN	Page 2	SANOFI WINTHROP, 94258 GENTILLY Cedex	
CHONDROSULF	Page 4	GENEVRIER - BP 47 - 06901 SOPHIA ANTIPOLIS Cedex	
HEXAQUINE	Page 18	GOMENOL - 48, rue des Petites Ecuries - 75010 PARIS	Tél. : 47 70 34 31
FRANCO & FILS	Page 23	Constructeur, Zone industrielle - RN 7 - 58320 POUQUES-LES-EAUX	Tél. : 86 68 83 22
GENIN	Page 25	GENIN MEDICAL - 10, rue de l'Auberte, 30133 LES ANGLÉS	Tél. : 90 25 26 77
THUASNE	Page 37	THUASNE - 6, rue des Marronniers - BP 2434 - 92307 LEVALLOIS-PERRET Cedex	Tél. : 47 59 09 09
VOLTARENE 75	Page 4	CIBA-GEIGY, 2-4, rue Lionel-Terray - 92506 REUIL-MALMAISON	Tél. : 47 49 02 02