

# Lombalgies et dysfonctions des articulations périphériques

## *Intérêt de leur diagnostic et traitement*

Jean-Paul GUIONNET

MMO, 5 rue d'Auvergne 86500 Montmorillon

### *Introduction*

Il n'est pas rare de constater que les personnes consultant pour des lombalgies présentent également des douleurs d'articulations périphériques. Notre expérience nous a également permis de constater qu'un grand nombre de patients se plaignant uniquement de lombalgies, présentent à l'examen approfondi utilisé par les médecins de médecine manuelle-ostéopathe (MMO), des dysfonctions des articulations périphériques. Nous nous sommes donc demandé si une relation existait entre les deux. Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de retrouver une étude traitant de cette relation. Par contre l'observation de la posture de nombreux patients, faite de dos et de profil avant et après traitement d'une dysfonction périphérique, nous a confortée dans nos présomptions. En effet il paraissait évident que, très souvent, le traitement d'une telle dysfonction, entraînant un changement de la posture se traduisant

la plupart du temps par une modification des anomalies de courbure de la colonne vertébrale. Le but de notre étude clinique a donc été de montrer qu'en ne traitant que les dysfonctions périphériques, nous pouvions agir sur les douleurs lombaires.

Ce travail évalue les bénéfices d'un diagnostic et d'un traitement des dysfonctions des articulations périphériques chez des patients lombalgiques. Cette méthodologie permet ainsi d'apprécier la relation entre le diagnostic, le traitement de cette dysfonction et l'évolution de la lombalgie.

### *Critères d'inclusion et d'exclusion*

Cette étude a été réalisée en cabinet libéral de MMO et les traitements ont été dispensés par le même médecin. Les 100 premiers patients présentant une lombalgie commune, avec ou sans irradiations à la fesse ou la cuisse, ont été inclus avec leur consentement éclairé. Il n'y a pas eu d'ex-

clusion en fonction de l'âge, du sexe, de la profession, des antécédents chirurgicaux ou de l'importance et du caractère du symptôme. Par contre les accidents de travail ont été exclus. Il a été demandé à chaque patient d'arrêter les autres traitements en cours à l'exception d'antalgiques mineurs et seulement en cas de besoin, ce qui a été facilement accepté puisque 84 consultaient après échec d'autres thérapeutiques, 16 étant venus en première intention. Il n'a pas été tenu compte des traitements antérieurs pour la sélection des patients, 84 ayant eu au minimum des antalgiques et des AINS, 43 des séances de kinésithérapie, 60 des médecines alternatives, 33 des infiltrations, 15 des corticoïdes, 2 des élongations et 3 une cure chirurgicale de hernie discale. Enfin il n'a pas été tenu compte des anomalies présentées à l'imagerie, à l'exception des scoliozes. Nous avons établi 3 groupes en fonction du type de lombalgie : les lombalgies chroniques (début de plus de 3 mois, la plupart du temps récidivantes, certaines depuis plusieurs dizaines d'années) sont au nombre de 47, les aiguës (début de moins de 3 mois

et souvent un 1° ou un 2° épisode), sont au nombre de 28 et les subaiguës (début de moins de 3 mois, mais récidivantes depuis parfois plusieurs années, et pouvant être considérées comme un pré stade de la chronicité) sont au nombre de 25. De plus, nous avons identifié 64 lombalgies qui étaient accompagnées d'irradiations.

## Outils d'évaluation

### Questionnaires remplis par le patient avant chaque consultation

Avant chaque nouvelle consultation, le patient devait remplir un questionnaire, sous forme de grilles, comprenant un certain nombre de critères, en mettant une note de 0 à 4 ou de 0 à 10. Chaque patient faisait ainsi une évaluation chiffrée de son état et plus particulièrement sur les circonstances d'apparition de sa douleur (grille 1), son type (grille 2), son intensité (grille 3), les facteurs susceptibles de la modifier (grille 4), et son retentissement sur l'état général (grille 5). Ce questionnaire était rempli lorsque le patient revenait pour un nouveau traitement, c'est à dire environ 10 jours après ; il permettait ainsi d'évaluer le traitement antérieur. A partir de ces notes nous avons fait une évaluation statistique sur l'ensemble des patients, pour chaque grille, pour l'ensemble des grilles et pour chaque type de lombalgie. Nous avons également pu comparer les différences en fonction du sexe, de l'âge et de la profession. De plus chaque patient devait mettre une note de 1 à 10 sur les effets du traitement reçu à la consultation précédente (grille 6), correspondant à une enquête de satisfaction. Nous avons considéré comme un échec thérapeutique les patients qui avaient abandonné avant le nombre maximum de traitements prévus. Dans la mesure où nous avons pu revoir ou contacter un certain nombre de patients 10 ans après cette étude, nous avons admis comme une amélioration temporaire, ceux ayant eu une récurrence de leur lombalgie au cours des 4

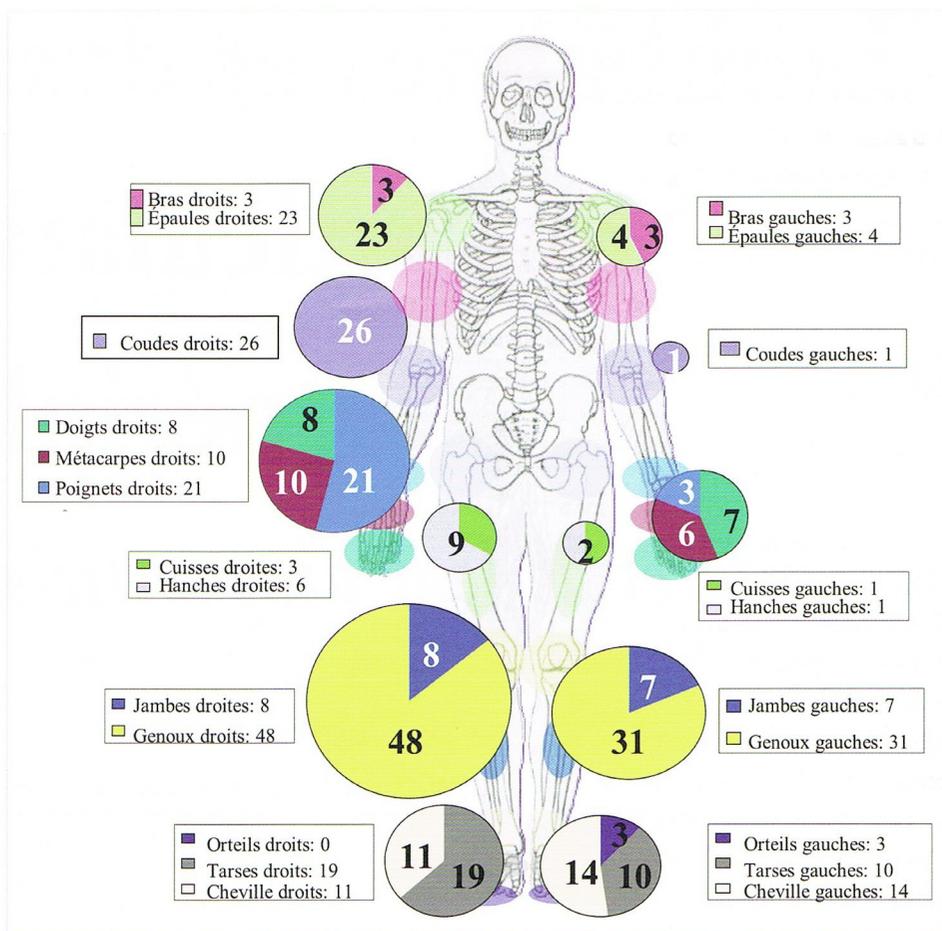


Figure 1 : Répartition des dysfonctions traitées sur les membres.

années suivantes, comme une amélioration durable ceux qui ont eu une récurrence entre 4 et 10 ans, et comme une guérison ceux qui n'avaient pas eu de récurrences durant ces 10 ans. Une amélioration significative correspond à une baisse de la note globale pour l'ensemble des critères de plus de 70%, constatée à la fin de cette étude.

### Questionnaires remplis par le médecin

Un bilan clinique (grille 7) avant chaque nouveau traitement est rempli. Des notes de 0 à 4, sont données par le médecin, en fonction de son examen. L'opinion du médecin sur les résultats à la fin des traitements est noté.

## Diagnostic et traitements appliqués

Le diagnostic ostéopathique, basé sur la perte de mobilité, la modification de textu-

re tissulaire et la douleur, permet de localiser les dysfonctions périphériques. La douleur n'étant pas toujours présente, puisque de nombreuses dysfonctions correspondent à une séquelle de traumatisme ancien, c'est le plus souvent, sur la modification de la mobilité et la perte de viscoélasticité des tissus que le diagnostic a été établi. Le choix de la dysfonction estimée la plus importante et devant être traitée, s'est fait d'une manière comparative, en sollicitant simultanément deux zones anormales et en analysant leur comportement. Un traitement manuel manipulatif est alors appliqué sur cette dysfonction, sans intervention sur le rachis, permettant ainsi de rétablir des rapports articulaires normaux et une mobilité satisfaisante. Le nombre maximum de traitements a été fixé à 6, en ne pratiquant qu'un seul traitement par séance, séparées au minimum de 6 jours.

L'ensemble de cette étude s'est déroulé sur 5 mois. Le délai entre le 1er traitement et la dernière évaluation est en moyenne de 7

jours, pour les patients qui n'ont eu qu'un traitement, 19 jours pour ceux qui ont eu 2 traitements, 31 jours pour ceux qui ont eu 3 traitements, 43 jours pour ceux qui ont eu 4 traitements et 63 jours pour ceux qui ont eu 5 traitements. Seulement 1 patient a nécessité 6 traitements.

## Résultats

### Données générales

La répartition est de 43 femmes et 57 hommes et la moyenne d'âge de 45 ans. Nous avons trouvé 32 lombalgies gauches, 29 droites et 39 bilatérales. 4 femmes et 1 homme représentant 3 lombalgies chroniques et 2 aiguës, ne sont pas revenus après le premier traitement. Nous les considérons comme des échecs, mais n'ayant pas leur notes chiffrées sur le traitement reçu, nous n'avons pas pu les inclure dans l'étude statistique générale. Les calculs ne sont donc établis que pour 39 femmes et 56 hommes et sur 44 lombalgies chroniques, 25 subaiguës, 26 aiguës, 31 gauches, 28 droites et 36 bilatérales. La plupart des patients ne sont pas venus en première intention et de ce fait possédaient des examens complémentaires. Ainsi sur les 95 patients restants, 66 patients présentent une ou plusieurs anomalies à l'imagerie. Nous notons 1 SPA, 8 hernies discales et 57 patients présentant arthrose, discopathie(s), canal lombaire étroit, troubles statiques. 277 dysfonctions ont été traitées pour les 95 patients restants, ce qui fait une moyenne de 2,91 dysfonctions traitées par patient. 73% des patients ont eu 3 traitements au maximum. Elles sont plus nombreuses du côté droit (67%) que du côté gauche (33%), plus nombreuses sur les membres inférieurs (58%) que sur les membres supérieurs (42%), les plus fréquentes étant sur les genoux (fig.1). 39% sont le siège d'une cicatrice apparente, signant la présence d'un ancien traumatisme.

### Données spécifiques

Afin de voir l'évolution après chaque traitement, nous avons effectué une somme

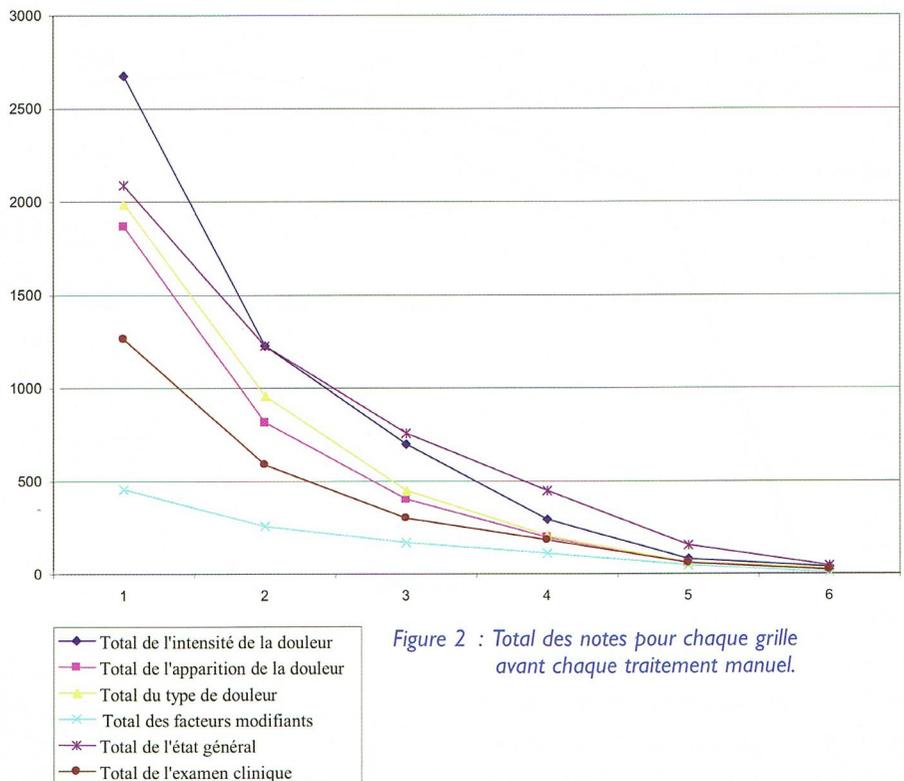


Figure 2 : Total des notes pour chaque grille avant chaque traitement manuel.

des notes mises par les patients pour chaque critère. A la consultation C1, les totaux représentent les notes que les 95 patients restants ont comptabilisées avant notre premier traitement manuel. Ils représentent donc l'ensemble de leur état de début, incluant l'effet des traitements antérieurs, pour ceux qui en avaient eu. A la consultation C2 les totaux représentent les notes de ces 95 mêmes patients, environ 10 jours après le premier traitement d'une dysfonction périphérique. A la consultation C3 les totaux sont ceux des 83 patients restants après le 2° traitement manuel, puisque 12 ont été entièrement satisfaits par le 1° traitement. A la consultation C4 les totaux ne sont obtenus que sur les 64 patients restants après le 3° traitement, puisque 19 n'avaient plus de douleur après 2 traitements. A la consultation C5, les totaux ne portent plus que sur 26 patients restants après le 4° traitement puisque 38 patients étaient satisfaits du 3° traitement. A la consultation C6 il ne reste que 8 patients après le 5° traitement, puisque 18 ont jugé que le 4° traitement leur avait donné satisfaction. En faisant la somme à chaque consultation de l'ensemble des 6 grilles (5 notés par le patient et 1 par le médecin) et en divisant ces sommes par le

nombre de patients restants, non satisfaits totalement du résultat, nous avons calculé l'évolution générale par rapport au début et l'impact de chaque traitement manuel.

### Analyse des résultats

Nous avons établi les courbes de l'évolution des 6 grilles. Un total des notes moins important pour une consultation par rapport à la précédente, et rapporté au nombre de patients concerné, signifie une amélioration. Nous remarquons que la pente la plus importante concerne l'intensité de la douleur, ce qui est logique puisque les totaux des notes sont les plus importants à la 1° consultation, mais ce qui montre également que c'est l'impact le plus important du traitement manuel. Toujours à partir du tableau de l'ensemble des 6 grilles à chaque consultation (fig. : 3) et nous l'avons comparée à la courbe obtenue par l'enquête de satisfaction (grille 6 donné par le patient). Nous remarquons que les résultats de l'enquête de satisfaction (critère moins objectif) sont sensiblement meilleurs : 84% d'amélioration contre 79%, ceci après 3 traitements. Nous avons identifié les 3 groupes de lombalgies et selon le même principe à partir du tableau 2 nous avons établi les courbes pour chaque

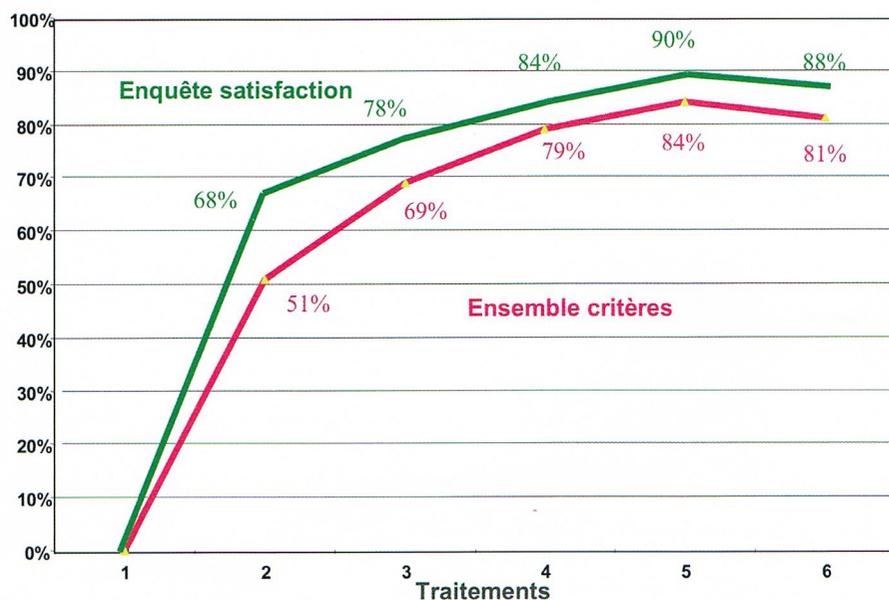


Figure 3 : Évolution comparative de l'ensemble des critères et de l'opinion du patient.

type. Ils sont comparables quel que soit le type de lombalgie, le 1° traitement apportant l'essentiel, les effets au delà du 3° traitement étant négligeables. Logiquement le soulagement est plus rapide pour les lombalgies aiguës (86% d'amélioration après 2 traitements) et plus progressif pour les chroniques (fig. 4). Seulement 2 patients présentant une lombalgie aiguë ont eu moins de 70% d'amélioration après 2 traitements, 3 présentant une subaiguë ont eu moins de 70% d'amélioration après 3 traitements et 4 présentant une chronique ont eu moins de 70% d'amélioration après 4 traitements. Une amélioration significative immédiate de plus de 70% est donc constatée pour 86 patients. Nous avons également établi la courbe de l'évolution des lombalgies présentant une irradiation et nous l'avons comparé avec celle de l'évolution des lombalgies sans irradiations, pour constater que les résultats apparaissent meilleurs et plus rapides pour les patients n'ayant pas d'irradiations (fig.5). Une autre comparaison (fig.6) a été faite sur le même mode en fonction de l'âge, 61 patients ont plus de 40 ans et 34 moins de 40 ans, du sexe, 39 femmes et 56 hommes et des catégories socioprofessionnelles. La répartition des professions est la suivante : Retraités : 20, Fonctionnaires et employés de bureau : 18, Etudiants : 7, Cadres : 7, Commerçants : 6, Enseignants : 5, Sans profession : 2 et comme professions considé-

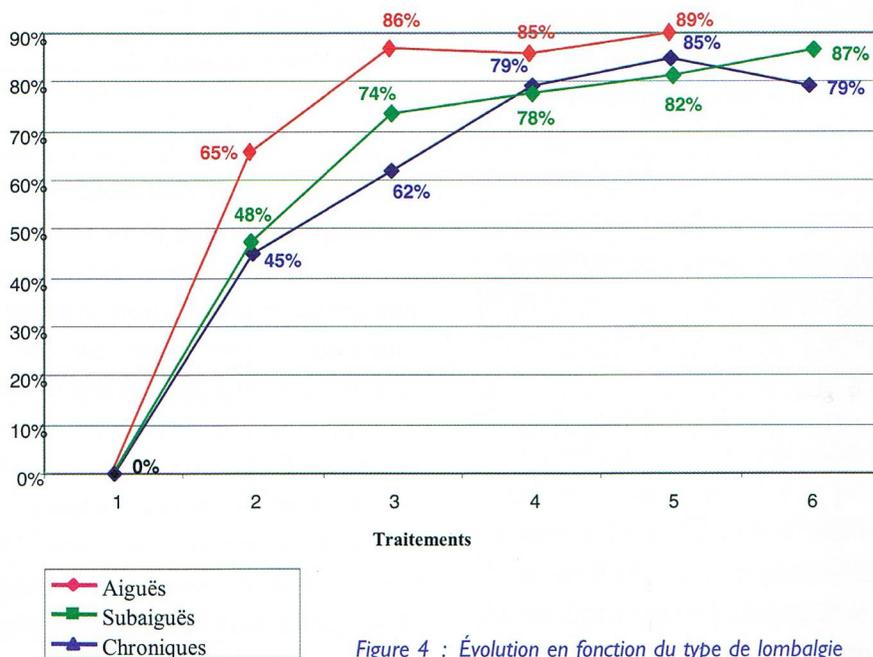


Figure 4 : Évolution en fonction du type de lombalgie

rées comme exposées aux lombalgies : Artisans et ouvriers : 12, Agriculteurs : 10, Chauffeurs, livreurs : 5, Infirmières : 3, soit un total de 30.

Il apparaît meilleur pour les moins de 40 ans, ce qui est assez logique, ainsi que pour les hommes, et les professions exposées, catégories ayant eu généralement plus de traumatismes sur les membres : amélioration proche de 90% après le 4° traitement quel que soit le type de lombalgie, alors qu'il est d'environ 80% pour les femmes et les plus de 40 ans. Nous avons pu revoir 41 patients et en contacter 24, 10 ans après. Sur ces 65 patients 29 soit près de 45%

n'avaient pas eu de nouvelle lombalgie, dont 4 classés dans les lombalgies aiguës, 13 dans les subaiguës et 12 dans les chroniques. Parmi ceux qui ont eu une récurrence (36), 47% n'en ont pas eu au cours des 4 années suivantes : 9 ont de nouveau eu une lombalgie un an après, 10 deux à trois ans après, 10 quatre et cinq ans après, 3 six et sept ans après, 4 huit et neuf ans après. A partir de ces résultats, nous considérons que sur les 100 patients nous avons eu 5 échecs représentés par les patients n'étant pas revenus après le 1° traitement, 19 améliorations temporaires qui sont les patients ayant eu une ou plusieurs récurrences au cours des 4 premières années suivantes, 17 une amélioration durable n'ayant pas eu de récurrences

les 4 premières années et 29 guérisons puisque c'est le nombre de patient n'ayant pas eu de récurrences au cours de ces 10 ans. Pour les 30 patients restants que nous n'avons ni revu, ni pu contacter, nous ne pouvons que constater une amélioration variable aussitôt après les traitements.

## Discussion

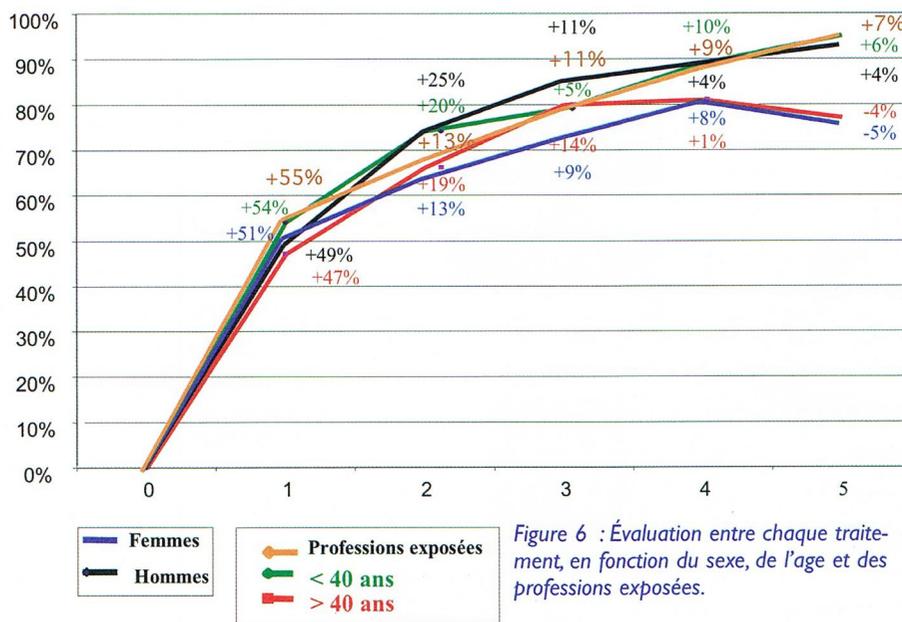
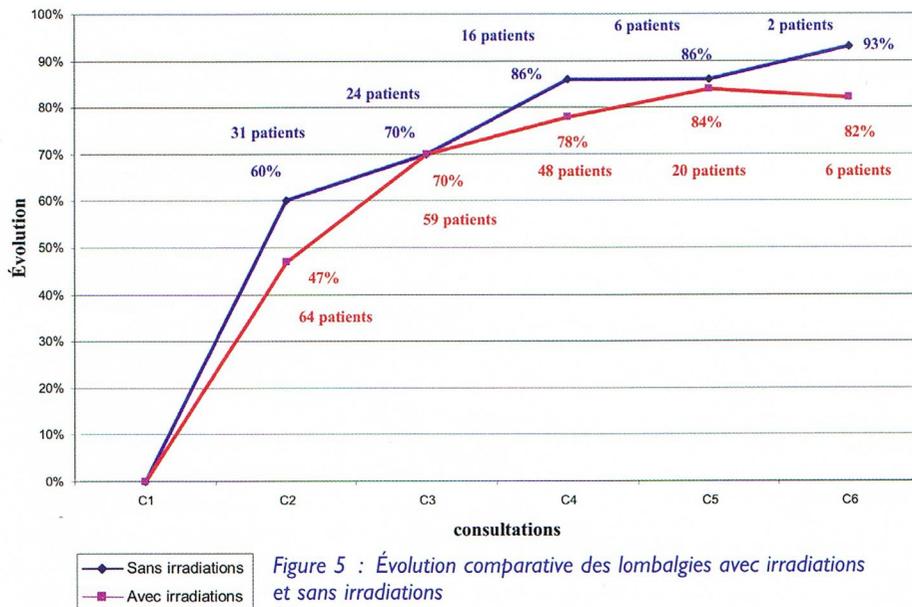
### En ce qui concerne les biais de cette étude

Malgré nos efforts pour tenir compte d'un certain nombre de critères <sup>[1], [2], [3], [4]</sup>, nous

sommes très conscient que les biais constatés sont importants. En effet l'absence de randomisation, de traitements croisés, de groupe témoin et l'intervention d'un seul médecin opérateur relativise la valeur de cette étude. Nous devons souligner les difficultés, pour un médecin en pratique de ville, d'appliquer ces consignes, car les patients venant en consultation chez un médecin ostéopathe, le plus souvent après échec d'autres thérapeutiques, viennent pour un traitement manuel. D'autre part le traitement placebo met directement en cause la responsabilité et la réputation du médecin. Il est bien évident que l'attente des patients, après leurs échecs thérapeutiques, a contribué favorablement à l'évolution de leurs lombalgies. Un autre biais constaté est le fait que des patients étaient déjà venus en consultation avant cette étude, et qu'ils n'ont pas été exclus. Sur les 100 patients, 19 avaient déjà eu un traitement manuel, mais seulement 2 pour un problème de lombalgie. Enfin, les délais entre un traitement et l'évaluation de son effet, sont variables d'un patient à l'autre et entre 2 traitements. Cela est lié à la difficulté de la gestion du temps, aussi bien pour les patients que pour le médecin libéral.

### En ce qui concerne les résultats

L'analyse de cette étude semble montrer des relations possibles entre la lombalgie et les dysfonctions articulaires des membres. La Fondation Européenne pour l'Amélioration des conditions de vie et de Travail (FACT agence) [5] souligne, que bien que les problèmes de disque inter vertébral soient détectables par certains examens, d'autres anomalies telles que les traumatismes musculaires et d'autres lésions des tissus mous peuvent souvent ne pas être détectées par ces techniques. Ceci nous amène à discuter les conclusions de diverses études et méta analyses [6], [7], [8]. Nous notons que ces études ne font pas référence aux dysfonctions des membres, mais à des traitements manipulatifs de la colonne vertébrale pour le soin des lombalgies. Il nous paraît donc



intéressant, pour de futures études, de prendre en compte les dysfonctions des membres quelle que soit leur ancienneté ou le type de lombalgie. L'effet principal étant généralement observé après la 3ème séance, nous faisons l'hypothèse que des séances supplémentaires pourraient éviter les rechutes. Nous avons fréquemment constaté que nos traitements provoquaient presque immédiatement des modifications posturales et de courbure de la colonne vertébrale, ce qui nous permet d'avancer l'hypothèse qu'une relation entre les dysfonctions des membres, les anomalies posturales et la lombalgie semble plus que probable et nécessiterait une recherche plus approfondie.

### Conclusion

Cette étude sur cent patients en pratique de ville met en relation directe le traitement ostéopathe des dysfonctions des membres, dites périphériques et les lombalgies. Du fait que les résultats semblent favorables après échec d'autres thérapeutiques, avec près de 80% d'amélioration, il semble difficile d'attribuer un tel résultat au simple effet placebo ou à la guérison spontanée, même s'il faut en tenir compte, d'autant que, près de la moitié des patients présentaient, rappelons le, une lombalgie chronique. Nous avons déjà souligné les difficultés d'appliquer stricte-

## Bibliographie

- 1) *Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials* Bart W Koes, a Rob J P M Scholten, a Jan M A Mens, b Lex M Bouter, a Institute for Research in Extramural Medicine, Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherlands , b Institute for Rehabilitation Medicine, Erasmus University Rotterdam, the Netherlands
- 2) *La lombalgie chronique : Conférence de Consensus ; Prise en charge kinésithérapique du lombalgique ; Texte court / 8 décembre 1998*
- 3) *Centralization: association between repeated end-range pain responses and behavioral signs in patients with acute non-specific low back pain.* Werneke MW, Hart DL. J Rehabil Med. 2005 Sep;37(5):286-90
- 4) HAS, ANAES : "Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles; lombalgie et lombo-sciatique aiguës", juillet 2003
- 5) *Conditions de travail dans l'Union européenne (résumé de l'enquête de 1996), Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (FACT)*
- 6) *Spinal manipulative therapy for low back pain.* Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Department of Guideline Development and Research Policy, Dutch College of General Practitioners, P.O. Box 3231, Utrecht, Netherlands. 2004; (1): CD 000447
- 7) *Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies.* Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. The Cochrane Back Review Group, Toronto, Ontario, Canada. 2003 JUN 3; 138 (11): 33.
- 8) *Efficacy of spinal manipulative therapy for low back pain of less than three months' duration.* Ferreira ML, Ferreira PH, Latimer J, Herbert R, Maher CG. School of Physiotherapy, University of Sydney, Australia. 2003 Nov-Dec; (26) 9: 593-601
- 9) Andersson, G. B. J., *Epidemiological features of chronic low-back pain.* The Lancet 1999, 354, p. 581-585
- 10) Hillman, M., Wright, A., Rajaratnam, G., Tennant, A., Chamberlain, M.A., "Prevalence of low back pain in the community: implications for service provision in Bradford, UK ", Journal of Epidemiology Community Health 1996, 50, p. 347-352

ment les consignes internationales pour valider une étude clinique en pratique de ville. Soulignons qu'elles ont été établies pour valider des effets pharmacologiques, et qu'elles ne sont pas obligatoirement applicables stricto sensu pour une thérapie manuelle. Une réflexion sur ce sujet serait à notre avis nécessaire. Il nous faut également souligner la charge de travail importante que constitue l'explication des grilles d'évaluation et l'aide nécessaire apportée aux patients pour remplir le plus correctement et le plus objectivement possible ces grilles. La multiplication des critères augmente ce travail, et à l'analyse des résultats, il nous semble qu'un choix judicieux de seulement 2 ou 3 critères devrait suffire à une analyse correcte de l'évolution entre deux traitements. Enfin, une autre difficulté, et non des moindres, est la recherche systématique sur les membres de la moindre dysfonction, qui n'est pas obligatoirement douloureuse, et le choix de celle sur laquelle on applique un traitement manuel. Une telle étude entreprise par un groupe de médecins ostéopathes, impliquerait en préambule, un protocole strict de l'examen et des critères d'identification des dysfonctions. Nous espérons cependant que la publication de cette étude ouvre une voie prometteuse dans la recherche des liens entre dysfonctions des articulations périphériques et lombalgie, et incite à entreprendre des études complémentaires reposant sur une méthodologie rigoureuse afin de confirmer ces résultats tout en soulignant les intérêts d'une telle démarche. En effet, applicable chez des patients où l'intervention manuelle sur la colonne vertébrale présente des difficultés ou des risques, nous sommes convaincu que cette voie doit aider la pratique ostéopathique, et montrer son efficacité dans la lombalgie avec toutes les conséquences de santé publique et socio-économiques que l'on connaît<sup>[9], [10]</sup>. ■

**FRANCO**  
&  
**FILS**

**C O N C E P T E U R**

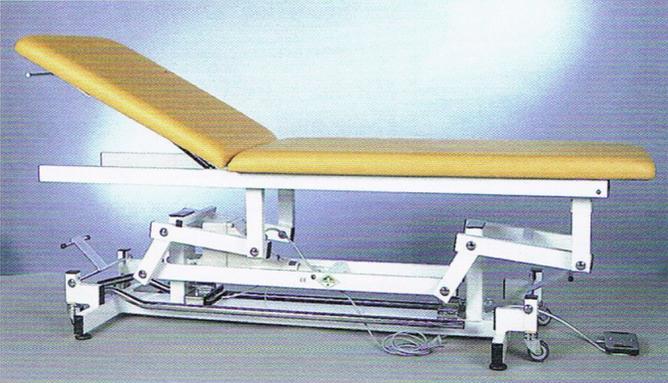
DEPUIS 1955

30 MODÈLES

**N°1**

CATALOGUE SUR DEMANDE

TABLE ELECTRIQUE



ZI RN7 58320 POUQUES LES EAUX  
Site internet: [www.francofils.com](http://www.francofils.com)

Tél: 03 86 68 83 22 - Fax: 03 86 68 55 95  
@-mail: [info@francofils.com](mailto:info@francofils.com)

**F A B R I C A T I O N**

**D' APPAREILS MÉDICAUX ET PARA - MÉDICAUX**