

Le mouvement, meilleur traitement contre le mal de dos

Les lombalgies, occasionnelles ou récurrentes, touchent huit adultes sur dix. Pourtant, elles ne sont pas une fatalité. En adaptant son mode de vie, il est possible de s'en débarrasser.



U

Une douleur vive ou diffuse, une raideur, une sensation de brûlure ou une irradiation qui se fait sentir jusque dans les fesses, les cuisses ou les jambes: le mal de dos est l'une des affections les plus courantes dans la population. Quelques chiffres. Environ 80% des adultes en ont souffert, en souffrent ou en souffriront au moins une fois dans leur vie, et 42% des adultes y font face au moins une fois par an. Chaque année, de nouveaux cas sont recensés chez 5% des adultes. En 2020, 619 millions de personnes dans le monde souffraient de lombalgie. L'OMS estime qu'elles seront 843 millions d'ici à 2050, en grande partie sous l'effet de la croissance démographique et du vieillissement. Selon Sciensano, les lombalgies (douleurs au bas du dos) figurent en tête de liste des douleurs chroniques les plus fréquentes chez les plus de 15 ans. L'arthrose étant le deuxième trouble musculosquelettique le plus courant.

Le mal de dos fait donc partie des troubles musculosquelettiques au même titre que la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose, la tendinite ou la goutte et touche les tissus mous tels que les muscles, les tendons, les ligaments, les nerfs périphériques et les vaisseaux sanguins. Outre la douleur qu'il provoque, il peut

altérer la mobilité de celui qui en souffre. Selon l'Aviq, la lombalgie est la première cause d'arrêt de travail avant 45 ans et a de fortes répercussions sur la vie sociale et professionnelle. C'est pour cette raison qu'en plus du «mal du siècle», le mal de dos est parfois qualifié de «fléau socioéconomique». C'est aussi un problème de santé au travail qui peut conduire à une désinsertion professionnelle.

La mal de dos est d'autant plus difficile à soigner que ses causes précises sont rarement identifiables. La majorité des douleurs dorsales sont en effet multifactorielles et nécessitent donc l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Ce qui est en revanche avéré, c'est qu'elles sont généralement associées à différents facteurs de risque comme l'âge, l'obésité, le tabagisme, la comorbidité, la sédentarité, un travail lourd, un mal-être psychosocial et, parfois, la génétique.

Pas une fatalité

Les douleurs dorsales sont courantes, parfois handicapantes, mais elles sont rarement «graves». Surtout, avoir mal au dos n'est pas une fatalité. Dans 90% des cas, l'état du patient s'améliore dans le mois. Pour les lombalgies spécifiques (10% des cas), la douleur peut résulter d'une affection métabolique, inflammatoire, infectieuse ou tumorale.

Le corps médical distingue trois catégories de lombalgies: les aiguës, lorsque la douleur n'excède pas les six semaines, les subaiguës (d'une durée comprise entre six et douze semaines) et les chroniques (qui persistent plus de trois mois). La lombalgie aiguë apparaît généralement de manière inattendue, souvent à la suite d'un traumatisme, d'une chute, d'un effort physique intense ou d'une mauvaise posture. La lombalgie subaiguë peut survenir entre une phase aiguë et une chronique. Lorsqu'elle est chronique, la douleur ressentie peut être moins intense mais est constante, ce qui peut affecter la qualité de vie. «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», précise un rapport d'une équipe pluridisciplinaire de la clinique du dos du CHU de Liège, dont fait partie le Pr. Christophe Demoulin, président de la Société scientifique francophone de kinésithérapie (SSFK).

La perception de la douleur liée à un mal de dos peut être très variable d'un individu à l'autre. Le cerveau peut aussi décider de ne pas faire ressentir la douleur dans certaines situations: en cas de stress intense ou de danger imminent, par exemple. A l'inverse, il a la capacité

de déclencher un mécanisme de vigilance consistant à amplifier ou à prolonger la sensation de douleur. «Comme le cerveau décide si une douleur est nécessaire et que 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 le visuel peuvent convaincre le cerveau qu'il y a un danger et qu'une douleur est nécessaire», rétablit l'équipe du CHU de Liège.

Forcément douloureux?

Les fausses croyances sont non seulement nombreuses mais également très répan-

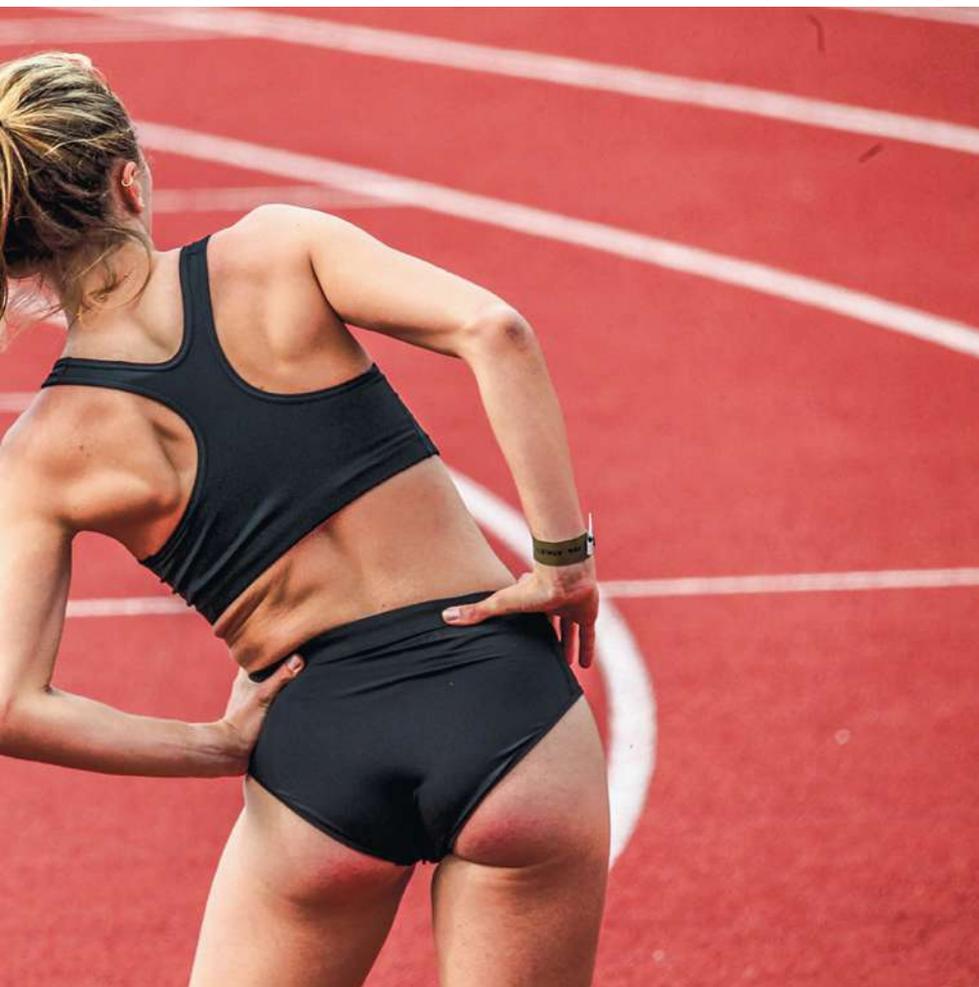
dues parmi la population. Il y a une dizaine d'années, une prise de conscience s'est opérée dans la manière d'envisager la gestion du mal de dos. Auparavant, lorsqu'un patient se plaignait de douleurs dorsales, on l'envoyait faire toute une batterie d'examen (échographie, scanner, IRM) pour déceler une potentielle anomalie et orienter la prise en charge en fonction des résultats révélés.

En 2015, une étude publiée dans *American Journal of Neuroradiology* a livré d'étonnants enseignements. Les chercheurs ont analysé les résultats d'examen d'imagerie médicale de plus de 3.000 patients qui ne se plaignaient pas de douleurs dorsales pour évaluer la prévalence, par âges, des affections dégénératives courantes de la colonne vertébrale. Il est apparu que la prévalence de la dégénérescence discale chez les individus asymptomatiques passait de 37% des individus de 20 ans à 96% de ceux de 80 ans; la prévalence du bombement discal de 30% chez les personnes de 20 ans à 84% chez celles de 80 ans; la prévalence de la protrusion discale de 29% chez les sujets de 20 ans à 43% chez ceux de 80 ans; et la prévalence de la fissure annulaire de 19% chez les jeunes de 20 ans à 29% chez les aînés de 80 ans.

L'étude a surtout démontré qu'une dégénérescence de la colonne vertébrale était présente chez une proportion élevée d'individus asymptomatiques: 24% des sujets de 20 à 30 ans présentent au moins un disque pincé et 33% de 40 à 50 ans une hernie discale.

Ce qui, jusque-là, était décrit comme une «lésion» ou une «anomalie» à traiter apparaît donc régulièrement chez des gens qui ne se plaignent en réalité d'aucune douleur. «Ces anomalies étaient considérées comme pathologiques alors qu'elles ne l'étaient pas. A partir de 2015, on a commencé à envisager le mal de dos ...

Le meilleur moyen de relâcher un muscle contracté est de le contracter à nouveau en faisant de l'exercice.



GETTY

L'une des fausses croyances les plus tenaces sur la lombalgie est qu'il est préférable de mettre le dos au repos.

... autrement et à émettre des recommandations mais plus uniquement sur le plan médical. En tenant également compte de l'aspect social et psychologique et du mode de vie», retrace Corentin Brunet, kinésithérapeute à l'école du dos et coordinateur à la Clinique du sport du CHU Brugmann.

Aujourd'hui, le médecin chez qui un patient se plaignant d'un mal de dos se présente, commencera par écarter d'éventuels «drapeaux rouges» qui le feraient suspecter une maladie grave sous-jacente. Il peut s'agir d'une infection, d'une maladie inflammatoire, d'un cancer ou encore d'une fracture. En l'absence de ces drapeaux rouges, la lombalgie est qualifiée de «commune», ce qui ne signifie pas qu'elle ne doit pas être traitée, ni que la douleur est inexistante. Pour évaluer quelle sera la prise en charge la plus adaptée, le médecin devra évaluer la structure anatomique à l'origine de cette douleur: nerf, disque, articulation, muscle...

La prise en charge des lombalgies se joue à plusieurs niveaux. Le premier réflexe d'un individu dont le dos fait souffrir est de prendre un cachet de paracétamol ou un anti-inflammatoire. Dans certains cas, lorsque la douleur est très vive, le médecin pourra prescrire des corticostéroïdes, mais qui présentent des effets secondaires, des antidouleurs plus puissants tels que le Tramadol, des décontractants musculaires ou encore des antidépresseurs, pour moduler la douleur. Dans le cas d'une hernie discale, des infiltrations peuvent également être envisagées.

Tabac et alcool, facteurs de risque

Si les médicaments font disparaître ou atténuent la douleur, ils ne l'empêchent pas de revenir. En réalité, le moyen le plus efficace d'en finir avec la lombalgie se résume en un mot: bouger. L'une des fausses croyances les plus tenaces sur la lombalgie est qu'il est préférable de mettre son dos au repos. Or, il faut faire exactement l'inverse. «Le meilleur moyen



de relâcher un muscle contracté est de le contracter à nouveau en faisant de l'exercice», préconise Corentin Brunet. Et pas uniquement de la natation ou du yoga. Bien que ces pratiques soient à juste titre réputées excellentes pour le dos, elles sont loin d'être les seules à pouvoir dénouer les tensions musculaires. «L'erreur que font beaucoup de personnes est d'attendre d'aller mieux avant de reprendre une activité physique ou même de bouger. A l'école du dos, nous travaillons sur la capacité de celui-ci à absorber les chocs et sur l'endurance des muscles. Les patients pratiquent divers sports. Ils font du sprint, des sauts et s'exercent à porter des charges lourdes

Les plus jeunes ne sont pas épargnés par les lombalgies.

Des crises dès l'adolescence, «la douleur était insupportable»



GETTY

et ce, même en cas de lombalgie aiguë. Ils apprennent à doser l'effort pour ne pas en faire trop, ni trop peu.»

Au CHU Brugmann, les patients traités pour des douleurs dorsales sont encadrés par une équipe multidisciplinaire qui travaille avec eux sur tous les aspects du quotidien: kinésithérapeutes, médecins, ergologues, diététiciens, etc. En effet, le mode de vie est un facteur déterminant dans le déclenchement de la lombalgie: ainsi, l'alcool produit-il une déshydratation de l'organisme, ce qui peut mener à une fatigue ou à des blessures musculaires. Il rendrait également les personnes plus sensibles à la douleur. ...

Emilie n'avait qu'une quinzaine d'années lorsqu'elle a ressenti les premières douleurs. Elle n'était pas particulièrement sportive mais pratiquait la danse et marchait régulièrement. «Elles sont apparues juste après un cours de hip-hop. J'ai effectué un mouvement un peu violent et je me suis bloqué le dos. Après la douleur lombaire, un pincement s'est fait sentir à l'arrière de la cuisse droite. J'ai consulté, et on m'a diagnostiqué une protrusion des disques, soit le stade avant la hernie discale.»

Avant cette première crise de lombalgie, Emilie souffrait déjà d'une scoliose qui l'avait obligée à porter un corset. «Je ne pense pas qu'il y ait un lien direct, mais il est connu que les personnes avec une scoliose ont une musculature plus faible. Cette faiblesse musculaire peut être à l'origine de la faiblesse de mes disques intervertébraux. Il est assez peu fréquent de voir des disques se tasser à cet âge-là, d'autant que je n'avais aucun problème de poids.»

En raison de ses problèmes de dos, Emilie s'est vu dispensée des cours de sport à l'école. «Cela m'a enfermée dans la croyance que je n'étais pas faite pour le sport alors que j'en avais justement besoin», déplore-t-elle aujourd'hui. A la vingtaine, au début de sa vie professionnelle, la protrusion des disques s'est transformée en hernie discale provoquant une crise mémorable. «La douleur était insupportable. Je ne pouvais rester ni assise ni allongée. J'étais obligée

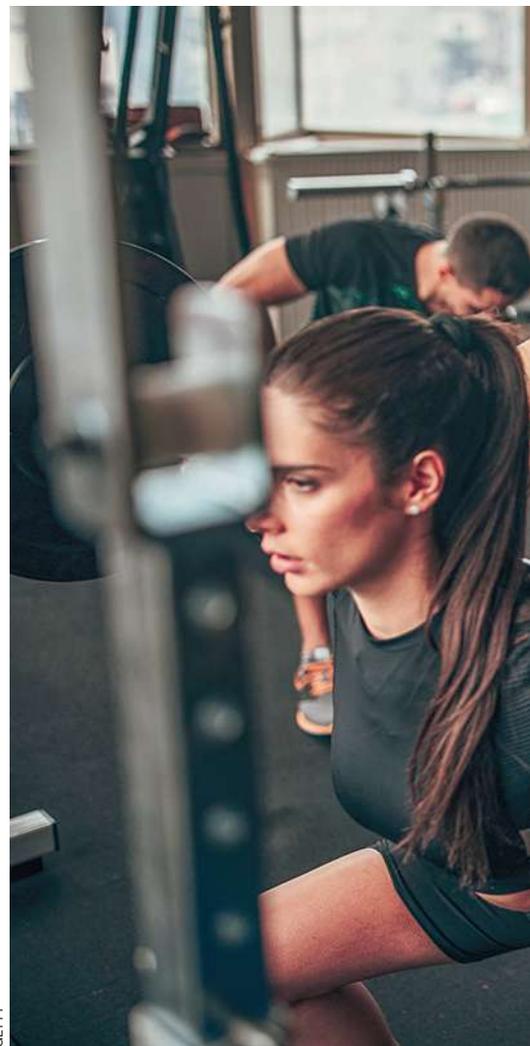
de sortir la nuit pour marcher des heures, pour faire passer la douleur. Je me sentais limitée dans mon corps alors que j'avais 25 ans et étais censée être dans la force de l'âge. Le plus difficile à gérer a été la douleur qui m'empêchait de me concentrer pour travailler. A cette période, j'ai compris que ma philosophie de vie allait être de rester en mouvement, toujours». Emilie a également consulté des spécialistes mais le corps médical ne lui a pas été d'un grand secours.

«J'ai suivi un parcours à l'école du dos, avec des exercices de renforcement musculaire qui m'ont donné une base et j'ai consulté un ostéopathe mais toutes ces séances ont donné moins de résultats que ce que j'ai découvert par moi-même: le développement d'une conscience corporelle. J'ai intégré des étirements posturaux, pour allonger la colonne et décharger les vertèbres, et pratiqué le Pilates et le yoga Iyengar, qui est le plus respectueux pour la colonne.» Lors de crises insupportables, Emilie a aussi eu recours aux anti-inflammatoires. Dans son quotidien, elle réalise l'essentiel de ses déplacements à pied et varie les activités sportives: running, escalade, vélo, natation. Depuis qu'elle a mis tous ces changements en place, la jeune femme n'a plus souffert de crises majeures. «Parfois juste un pincement, en période de stress, quand je reste longtemps assise ou quand je fais un mouvement trop intense.»

«J'avais tellement peur de ne plus pouvoir faire de sport»

Tout a commencé par des courbatures anormales auxquelles elle n'avait pas vraiment prêté attention. Elles ont évolué en une hernie discale, doublée d'une sciatique à la jambe droite qui l'ont obligée à se mettre en arrêt maladie pour deux mois. Olivia, 29 ans, a longtemps souffert de douleurs dorsales. Pour la soulager, les médecins lui ont prescrit des infiltrations et de puissants anti-inflammatoires. Suivie durant quelques mois par un kinésithérapeute, cette joueuse de hockey depuis l'âge de 7 ans, une passion familiale, a «religieusement» exécuté les exercices qu'il lui avait conseillés. «J'avais tellement peur de ne plus pouvoir faire de sport, qui est mon exutoire face au stress, que je ne m'autorisais pas à passer un jour sans étirements. Et comme j'étais sous Medrol, je faisais très attention à mon alimentation, en limitant ma consommation de sel ou d'alcool, par exemple. A l'époque, je me suis sentie très seule car je ne recevais pas beaucoup d'informations de la part du corps médical.» Olivia a vite pris conscience

que le facteur psychologique était important, tant dans le déclenchement de la douleur que dans le processus de guérison. «Lorsque la sciatique s'est à nouveau fait sentir à l'arrière du genou, j'ai éprouvé une certaine angoisse. Je me suis rendue chez un micro-kiné qui m'a manipulée mais qui a également travaillé sur l'aspect énergétique. En sortant de chez lui, je me sentais déjà nettement mieux.» Hors des périodes d'arrêt maladie, Olivia a toujours continué à pratiquer le sport. En raison de son hernie discale, et de la douleur au coccyx qu'elle occasionne, elle ne se sent plus capable de faire du vélo mais pour le hockey, le padel ou le Pilates, il n'y a plus d'entrave. Dès qu'elle sent que la douleur revient, elle reprend ses exercices jusqu'à ce que cela passe. «Je ne pourrais pas arrêter le hockey. J'aime trop les challenges et l'ambiance entre copines. Je trouve simplement dommage qu'hormis en équipe nationale, il n'y ait pas plus de suivi des joueurs, par des kinés ou des masseurs, de leurs blessures.»



GETTY

... Des études ont également démontré que fumer multiplie par trois le risque de souffrir de maux de dos. La nicotine restreint le flux sanguin vers la colonne vertébrale, ce qui a pour effet de limiter l'apport d'oxygène et de nutriments aux disques intervertébraux. Cela peut entraîner une dégénérescence des disques, une discopathie, et augmenter le risque de lombalgie. Le surpoids et l'obésité, qui augmentent la pression sur la colonne vertébrale, sont d'autres causes sur lesquelles le patient a la faculté d'agir.

Les séances de kinésithérapie ou d'ostéopathie font généralement partie des recommandations pour soulager les douleurs dorsales. Les manipulations opérées au cours de ces séances et les exercices à domicile proposés aux patients (encore faut-il qu'ils les fassent) permettront de soulager le patient mais, comme pour les médicaments, ils est préférable de s'attaquer aux causes plutôt que de se limiter à atténuer les symptômes, considère Corentin Brunet. «Ce ne sont pas cinq minutes d'exercices quotidiens qui soigne-



Renforcer les muscles du dos est un bon moyen d'éviter les lombalgies.

rons le mal de dos. Ils sont certes importants mais l'évolution dépendra surtout de ce que le patient mettra en place dans son quotidien. Dans ma pratique, je passe beaucoup plus de temps à éduquer qu'à manipuler.»

«Si le patient est presque systématiquement envoyé chez le kiné, c'est surtout pour réapprendre à exécuter les mouvements, complète le Dr. Laura Leahu, qui dirige le service de médecine physique et réadaptation de l'Ecole du dos du CHU Brugmann. Les séances visent à améliorer la posture, en apprenant à garder une position assise sans rétroverser le bassin et à éviter les postures dites «vicieuses», comme garder le dos voûté et les épaules enroulées lorsqu'on travaille face à un ordinateur». Chaises ergonomiques, tapis de marche et ceintures lombaires peuvent être d'une certaine utilité mais ne feront pas de miracles, évalue le Dr. Leahu. «Ce qui donne de réels résultats, c'est de

ne pas rester assis toute la journée. Dans la mesure du possible, l'idéal est d'alterner la position assise avec des moments durant lesquels on travaille debout, sur une table haute, par exemple.»

Rester debout toute la journée n'est pas plus recommandé. Les personnes qui exercent des travaux manuels ne sont pas plus épargnées par le mal de dos. Un ouvrier de chantier, par exemple, aura probablement les muscles du dos plus endurants mais encore faut-il qu'il les sollicite au bon moment. «Le lien doit s'établir entre le cerveau et le groupe musculaire qui doit se contracter au bon moment lorsqu'il s'agit de soulever une charge lourde. Les techniques d'épargne vertébrale servent à adopter ces réflexes.»

Dans une note sur les croyances délétères des patients lombalgiques, le Pr. Christophe Demoulin rappelle que la confiance du patient dans le corps médical, notamment les kinés et les ostéopathes, ou, au contraire, la méfiance (kinésiophobie) envers ces praticiens, est susceptible d'influencer son évolution. De même que la manière dont il envisage le rôle qu'il peut jouer dans sa propre guérison. «La représentation qu'il se fait de son affection et son sentiment d'efficacité personnelle conditionnera son comportement [...] Certains patients sont convaincus de la non-efficacité des techniques préconisées par le soignant, comme les exercices, d'autres sont persuadés qu'ils nécessitent une prise en charge spécifique, telle qu'une intervention chirurgicale, ou un repos au lit. Ces croyances peuvent avoir un effet sur l'adhérence thérapeutique et l'efficacité des traitements. Par ailleurs, complète le Pr. Demoulin, des attentes irréalistes relatives au bénéfice des traitements existent parfois. Il est donc important de définir des objectifs concrets, réalistes et quantifiables dès le départ.» Et, on ne le dira jamais assez, de se fier à la règle d'or: toujours rester en mouvement, pour en finir avec le mal de dos. ●

Après une opération, «aider les patients à retrouver confiance»

Le Dr. Liedewij Bogaert, du département de médecine physique et de réadaptation de l'UZ Leuven, concentre ses recherches sur la rééducation pour limiter les douleurs lombaires postopératoires.

Quel type de douleur peuvent ressentir les patients après une opération?

Précisons d'abord les cas qui justifient une opération. Chez les patients subissant une chirurgie lombaire, la douleur persistante dans la jambe due à une compression nerveuse est une indication bien connue et fondée sur des preuves, comme le confirment les recommandations nationales comme celles émises par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). En revanche, une chirurgie pour une douleur lombaire isolée, sans irradiation vers les jambes, reste controversée. Dans la plupart de ces cas, l'intervention n'est pas recommandée. Cela étant dit, de nombreux patients opérés pour une douleur à la jambe signalent également une douleur lombaire préexistante. Ce type de douleur dorsale tend généralement à s'améliorer progressivement au cours de la première année postopératoire, mais une gêne résiduelle peut persister. Cette douleur dorsale résiduelle est typiquement d'origine multifactorielle. En phase postopératoire précoce, la douleur est souvent liée à la cicatrisation. Plus tard, la douleur persistante peut être liée à un déconditionnement musculaire, à une douleur émanant d'autres structures vertébrales non traitées lors de l'intervention, mais aussi à des facteurs psychosociaux, comme la peur du mouvement. Bien que les complications – dues à une infection ou à une défaillance du matériel, par exemple – soient plutôt rares, elles peuvent aussi être une source de douleur postopératoire.

A partir de quand estime-t-on que la douleur est persistante?



Pour la plupart des patients, la douleur s'améliore régulièrement au cours des premières semaines ou mois après l'intervention. Une douleur temporaire juste après l'opération est courante et peut être intense. La chirurgie de fusion lombaire a été classée comme la deuxième plus douloureuse dans une étude en Allemagne, tandis que la laminectomie (NDLR: qui consiste à élargir le canal rachidien pour soulager la pression sur la moelle épinière ou les nerfs) et la décompression vertébrale étaient moins bien classées. Cette douleur temporaire fait généralement partie du processus normal de récupération.

«Notre philosophie est d'aider les patients à retrouver confiance, à les impliquer comme partenaires actifs de leur rééducation.»

Travailleurs agricoles, aides-soignants, infirmiers... les jobs les plus à risque

Selon une enquête européenne sur les conditions de travail, 60% des travailleurs sondés estiment que leur travail a une influence sur leur état de santé. Citée par 33%, la lombalgie occupe la tête de liste des troubles liés au travail, relaie le SPF Emploi. Si la prévalence est particulièrement élevée au sein de professions ou types d'entreprises particuliers, elle est plus élevée parmi les travailleurs agricoles, les travailleurs de la construction, les charpentiers, les conducteurs d'engins, les infirmiers, les agents de nettoyage, les aides-soignants ou encore les aides familiales. En l'absence de chiffres précis, l'estimation des coûts économiques des problèmes de santé liés au travail varie de 2,6% à 3,8% du PIB dans les Etats membres. En Belgique, le Centre belge d'expertise en soins de santé (KCE) estime qu'au cours des dix dernières années, un quart des patients âgés de 18 à 75 ans ont consulté leur médecin généraliste pour un problème de lombalgie. Le coût global de la lombalgie est compris entre 270 millions et 1,6 milliard d'euros par an. Selon ce rapport, 6,6% des accidents du travail entraînent une lésion du dos. 72% de ces lésions engendrent un arrêt de travail et 9,5%, une incapacité partielle permanente.



Cependant, chez un sous-groupe de patients, la douleur peut persister. Dans la chirurgie de fusion lombaire, jusqu'à 40% des patients ressentent une douleur persistante. Plusieurs causes peuvent expliquer cela, mais notre hypothèse est que c'est en grande partie lié à une rééducation absente ou inadéquate.

Est-il possible de réduire ou d'éliminer la douleur postopératoire?

Dans la période postopératoire immédiate, des antalgiques sont nécessaires. Cependant, une gestion efficace de la dou-

leur après une opération va au-delà des médicaments. Une combinaison d'éducation, d'activité physique précoce et encadrée, ainsi qu'une communication claire et uniforme de la part de l'équipe soignante peut aider à réduire la douleur, ainsi que la peur du mouvement et le handicap. Dans certains cas, une thérapie cognitivo-comportementale peut aider à gérer la peur du mouvement ou les comportements liés à la douleur chronique. L'éducation du patient est essentielle pour fixer des attentes réalistes. Dans une étude que nous avons réalisée, l'efficacité d'un parcours de réadaptation intégré et personnalisé pour la chirurgie de fusion lombaire a été analysée. Nous avons observé que les patients ayant suivi ce parcours de rééducation présentaient une amélioration plus importante de la douleur au cours de la première année postopératoire, ainsi qu'une amélioration plus significative du handicap et une diminution de la peur du mouvement. Il est probable que pour d'autres types de chirurgie lombaire, comme la discectomie ou la décompression, l'optimisation de la rééducation pourrait également permettre de réduire la douleur, ce que nous allons explorer dans une autre étude financée par le KCE.

Est-il recommandé, comme pour les autres douleurs lombaires, de rester actif et de faire de l'exercice après une opération?

Absolument. Il est généralement conseillé aux patients de reprendre une activité légère dès que possible. Un mouvement progressif, la marche et des exercices adaptés à la condition de chaque individu aident à réduire la douleur et le handicap. Notre philosophie est d'aider les patients à retrouver confiance, à les impliquer comme partenaires actifs de leur rééducation, à introduire l'activité et les séances de kinésithérapie dès que possible, et à réduire la peur du mouvement en évitant des restrictions non fondées. ●