

Intérêt Clinique de la Classification des Lombalgies



Écrit par Dr Karl Vincent DC, enseignant IFEC



INTRODUCTION

La lombalgie n'est pas un diagnostic. Il est souvent difficile en pratique clinique de caractériser l'origine des douleurs. Sur le plan de la définition, ce terme signifie que les patients sont atteints d'une souffrance lombaire. Mais qu'entend-on vraiment par lombalgie ? S'agit-il de définir

uniquement une zone d'atteinte ? Quelle est cette zone ? Qu'en est-il de la cause ? Est-elle mécanique, organique, ou psychologique ? Qu'en est-il de l'intensité douloureuse ? Enfin, qu'entend-on par lombalgie aiguë et chronique ? Voilà un ensemble de critères qui en apparence complique l'approche clinique, déjà complexe du mal de dos. Nous allons donc nous intéresser à la définition de l'ensemble de ces données.

Mais, plus encore, l'approche clinique doit déboucher sur une attitude thérapeutique adaptée. Il est important que le praticien soit guidé dans ses investigations, il sera alors plus à même d'apporter des réponses spécifiques aux souffrances de son patient. Nous allons donc tenter de décrypter l'ensemble de ces points.

I – TOPOGRAPHIE DOULOUREUSE.

Par définition, la lombalgie est une douleur qui se situe dans la région lombaire, c'est-à-dire entre T12 et la charnière lombosacrée. Or, tous les praticiens de thérapie manuelle savent par expérience qu'il existe des irradiations douloureuses, issues de l'atteinte des segments lombaires. En effet, il est fréquent de voir une souffrance discale basse, irradiée dans la région fessière. Il en est de même lors d'une atteinte sacro-iliaque. Il paraît donc logique d'étendre les douleurs lombalgiques jusqu'au **pli fessier**.

À l'inverse des anglo-saxons qui parlent de « **low back pain** », et qui englobent l'ensemble des souffrances lombaires, y compris les douleurs irradiantes dans les membres, il paraît souhaitable de faire la distinction avec les douleurs radiculaires, dont la prise en charge thérapeutique diffère complètement (sciatique, cruralgie etc.).

Concrètement, cette différence n'est pas toujours évidente à établir en clinique. Il existe effectivement des douleurs référées pouvant irradier jusqu'aux genoux, voire quelquefois en dessous, sans qu'aucune compression de la racine nerveuse ne puisse être objectivée. À l'opposé, il existe aussi des radiculalgies, comme la sciatique, dont la projection douloureuse est tronquée à la fesse, la cuisse ou le mollet. La distinction est donc difficile à établir.

Différencier les douleurs radiculaires et les douleurs référées n'est donc pas aisé. Il reste, néanmoins, des éléments objectifs pouvant les identifier.

En général, les souffrances radiculaires sont plus systématisées, le trajet étant très précis. De plus, les tests orthopédiques, comme le Lasègue par exemple, s'avèrent souvent positifs. Enfin, et c'est là le point le plus caractéristique, des éléments de déficit neurologique sont quelquefois présents dans le métamère. Ils correspondent à une hypoesthésie, une hypo ou aréflexie, quelquefois à une parésie légère. Une évaluation neuro-orthopédique est alors nécessaire.

La définition se rapprochant le plus de la réalité lombalgique est celle proposée par la Société Française de Rhumatologie :

« **Douleur lombo-sacrée située à la hauteur des crêtes iliaques ou plus bas (pli fessier), médiane ou latéralisée avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas les genoux, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée. Encore une fois, l'absence de radiculalgie est un élément essentiel de la définition.** »

II – LOMBALGIE COMMUNE ET LOMBALGIE SYMPTOMATIQUE.

La lombalgie n'est pas un diagnostic, apparaissant clairement comme un **symptôme**. Mais cette plainte de topographie variée peut être l'expression d'une maladie organique sous-jacente. **La lombalgie commune s'oppose donc par définition à la lombalgie symptomatique ou secondaire**. Cette dernière est caractérisée par la mise en évidence d'une lésion organique observable, à l'origine des troubles. Ces lombalgies symptomatiques peuvent ainsi traduire un processus tumoral, inflammatoire, infectieux, métabolique ou dystrophique. Bien que leur fréquence soit rare, il est important de les reconnaître, pour deux raisons principales :

- d'une part, il peut s'agir de situations graves et urgentes. Il est donc important de ne pas « enrôler » le patient dans un traitement inadapté, retardant la mise en place d'un diagnostic et d'une thérapeutique spécifique,

- d'autre part, comme le dit la fameuse phrase d'Hippocrate « primum no cere » (en premier ne pas nuire), les traitements manipulatifs peuvent avoir des conséquences graves si ceux-ci ne sont pas pratiqués avec discernement.

Par conséquent, le praticien de thérapie manuelle doit être à même de procéder à un **diagnostic d'exclusion**, avant d'entamer son traitement.

Il existe un ensemble de **signes d'alerte** qui permettent, dans la plupart des cas, d'éliminer les causes graves éventuelles, dont voici la liste :

- **En faveur d'une fracture** : une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 60 ans ;

- **En faveur d'une néoplasie** : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, douleur nocturne, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique. La vitesse de sédimentation et l'électrophorèse des protéines sanguines sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique ;

- **En faveur d'une infection** : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immunodépression, d'infection urinaire, de prise de drogue intraveineuse, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de la Protéine C Réactive (CRP) sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique ;

- **En faveur d'une pathologie inflammatoire** : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appels cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie. La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique.

Enfin, il est primordial de compléter sa recherche par un examen physique général, susceptible de préciser l'origine des lésions.

Dans tous les cas cités précédemment, il est impératif que le praticien de thérapie manuelle réfère son patient, il en va de sa responsabilité.

III - CLASSIFICATION SUR LA DUREE DES SYMPTOMES : LOMBALGIE AIGUE ET LOMBALGIE CHRONIQUE

Contrairement à l'idée répandue, la lombalgie aiguë n'est pas rattachée systématiquement à l'intensité des symptômes. Ce terme correspond à une **durée d'évolution** de la maladie. Cette confusion est liée au fait que le lumbago (caractérisé par une douleur hyperalgique associée à une déformation antalgique) constitue la forme la plus expressive des lombalgies récentes et d'apparition brutale.

On distingue donc **des lombalgies communes aiguës, dont l'évolution est inférieure à deux mois**. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique, compte tenu de la multitude des facteurs causaux.

Médicalement, on considère que la grande majorité de ces cas a une tendance spontanée à l'auto guérison. Les explorations complémentaires (radios et scanners) ne sont donc pas utiles en première intention. Le but général du traitement consiste principalement en un repos relatif le plus court possible, un traitement médical symptomatique, et une reprise des activités, en particulier professionnelle, la plus rapide possible.

On distingue aussi des **lombalgies subaiguës, dont l'évolution est inférieure à trois ou six mois selon les auteurs** (trois mois étant le laps de temps le plus retenu). Elles n'ont pas été complètement soulagées par le traitement médical, et demandent une surveillance clinique et paraclinique, généralement associée à un traitement physique.

Par conséquent, **la lombalgie chronique est caractérisée par une durée d'évolution supérieure à trois (ou six mois)**. Ce type d'atteinte correspond cliniquement à des patients, dont la douleur a un retentissement fonctionnel et social conséquent, avec un risque d'invalidité majeur.

Cette classification, dans le temps, reste néanmoins incomplète et s'expose à des critiques de première importance :

- s'il est vrai qu'une grande majorité de lombalgies a une tendance à la résolution spontanée, un certain nombre de cas, dont le traitement n'aura pas été approprié, durera au-delà des trois mois. Ces atteintes seront alors considérées à tort

comme des douleurs chroniques.

Il en est de même pour les pathologies, dont l'évolution naturelle est longue et supérieure aux délais cités précédemment. Les crises inflammatoires d'arthrose et l'inflammation intra-discale sont des exemples caractéristiques,

- la lombalgie chronique, par sa gravité, constitue une entité clinique bien différente de la lombalgie aiguë. Par conséquent, doit-on considérer qu'en passant la barrière fatidique des trois ou six mois, la douleur ressentie par le patient change de nature ? En d'autres termes, a-t-on à faire à la même maladie ? Nous verrons plus précisément dans le chapitre suivant que la lombalgie chronique appartient bel et bien à des mécanismes physiopathologiques différents de la lombalgie aiguë (même si un certain nombre de patients est passé préalablement par un stade dit aigu),

- il existe aussi un certain nombre de lombalgies aiguës, évoluant par crises successives et sur des périodes très longues (plusieurs années), accompagnées quelquefois d'un fond douloureux, sans rapport avec les lombalgies chroniques, comme définies plus bas. Les atteintes dégénératives importantes en constituent la base,

- dernier remarque, le caractère bénin des lombalgies aiguës peut s'accompagner, malgré tout, d'un certain nombre de patients « à risque ». Certain d'entre eux peuvent « basculer » dans la chronicité. La littérature internationale permet d'identifier sept facteurs :

- o un contexte d'accident de travail avant tout,
- o un conflit médico-légal,
- o une faible qualification professionnelle,
- o une mauvaise ambiance sur le lieu de travail,
- o l'absence de relation et d'ami, une vie solitaire,
- o des antécédents de lombalgie,
- o un âge supérieur à 40 ans.

En conclusion, nous pouvons affirmer que la durée est un critère important, mais insuffisant dans la classification des lombalgies. Le plus souvent, **la lombalgie aiguë est une pathologie qui, dans la limite d'une prise en charge adaptée, cédera dans un délai inférieur à six mois, période restant « raisonnable » compte tenu des différentes pathologies.**

La lombalgie chronique est effectivement caractérisée par une durée plus longue, mais appartient par sa nature à une atteinte bien différente de la lombalgie aiguë.

Nous pourrions dire qu'en terme de durée, la seule définition qui se rapproche le plus de la lombalgie chronique est la survenue d'une douleur lombaire qui dure plus de six mois, avec mise en échec de deux traitements, le plus souvent un traitement médicamenteux et un traitement physique.

Durées et échecs thérapeutiques doivent donc être considérés comme deux critères fondamentaux, séparant les lombalgies aiguës des lombalgies chroniques.

IV – CLASSIFICATION SELON LA CAUSE.

Le diagnostic de lombalgie commune étant émis, commence alors une investigation différente. La difficulté de cette recherche se rattache à deux raisons principales, auxquelles il convient d'apporter des réponses précises :

- la première tient à la difficulté d'établir un **lien** net entre les signes cliniques et l'origine probable de la souffrance mécanique lombaire. On parle souvent dans ce cas de lombalgie non spécifique.

Les travaux de ces dix dernières années marquent, néanmoins, une avancée certaine en la matière. Il existe des signes de plus en plus caractéristiques pouvant orienter les investigations. Ces signes doivent être confrontés en permanence à l'examen physique, à l'imagerie, et à la réponse au traitement. Nous savons, par exemple, qu'il est possible de reconnaître quatre types de souffrances discales (entorse discale, lumbago, insuffisance discale, inflammation intra-discale). Le syndrome articulaire postérieur, défini par le Professeur REVEL, identifie des lésions arthrosiques de ces articulations. Le syndrome sacro-iliaque mécanique présente lui aussi des caractéristiques cliniques individualisables.

Par contre, il restera toujours un certain nombre de cas sans un lien net. Rappelons ici que le praticien en thérapie manuelle dispose de deux **files directeurs** :

*le premier, respecter les lésions non manipulables. Il est souvent plus facile de rechercher une contre-indication qu'une indication.

Les contre-indications absolues sont les suivantes :

rachis tumoral,
ostéoporose importante à fortiori avec tassement,
spondylodiscite,
épidurite,
rachis post-traumatique,
polyarthrite rhumatoïde.

*le second consiste à **réévaluer** le patient s'il n'y a pas d'amélioration au traitement, et de *s'entourer d'un avis médical*.

- la deuxième difficulté correspond à cet ensemble de patients, dont il est souvent dit que la douleur « vient de leur tête », qu'ils somatisent, et qui ont, en général, épuisé moult traitements et praticiens.

WADELL, Chirurgien Orthopédique Ecossais, dont l'influence ostéopathique est bien connue, est le premier auteur à avoir insisté sur la composante **psychosociale** du mal de dos. **Il souligne la limite du système cartésien, consistant à attribuer à un symptôme une lésion.**

Dans son approche, la douleur n'est plus considérée comme un simple symptôme, mais comme une « **douleur-maladie** », dont les deux éléments principaux sont la durée et leur caractère diffus.

L'autre élément fondamental de la « douleur-maladie » correspond aux **fausses certitudes** qu'ont les patients sur leur état. En voici les principaux :

Il n'y a pas de vrai traitement pour le mal de dos,

le mal de dos fini par vous empêcher de travailler, avoir mal au dos signifie souffrir par périodes pour le reste de sa vie,

on peut finir ses jours sur une chaise roulante quand on a mal au dos, le mal de dos signifie de longues périodes d'arrêts de travail,

le repos constitue le meilleur traitement du mal de dos, les douleurs de dos s'aggravent progressivement avec l'âge.

Ces plaintes représentent de véritables **sonnettes d'alarme**, raison pour laquelle ces patients doivent être identifiés le plus rapidement possible, afin de leurs éviter de basculer dans la chronicité .

Dans les cas avérés, le but du traitement est de rassurer, de faire passer un message positif, et de s'orienter vers une prise en charge active, progressive et autonome du patient.

Mais, comme le souligne le Dr Jean-Yves MAIGNE, Spécialiste Français de Pathologies Vertébrales, **le modèle de WADELL donne au mal de dos une connotation principalement psychologique et ne permet pas une prise en charge spécifique des lombalgies aiguës. De plus, les atteintes inflammatoires et mécaniques représentent, comme les facteurs psycho-sociaux, un élément important de passage vers la chronicité.** Selon MAIGNE, et en s'appuyant sur la clinique, c'est à partir des causes de la douleur que doit intervenir la classification des lombalgies. Ces causes s'organisent selon lui en **trois cercles concentriques** :

o le premier, le plus petit, correspond aux atteintes les plus courantes. **Ce sont bien des douleurs dont l'origine est réellement vertébrale.** Comme il est souligné plus haut dans l'article, ces atteintes se rattachent quelquefois à la mise en évidence d'une souffrance d'un élément du segment mobile. Ces lombalgies peuvent être spécifiques (discales ou articulaires postérieures par exemple) ou, au contraire, indéterminées (non spécifiques). **Mais, leur dénominateur commun est que leur rythme douloureux répond en quelque sorte à une logique d'organe.**

Ces lombalgies sont localisées de manière précise, obéissant à un rythme mécanique ou inflammatoire caractéristique. Elles doivent être confrontées à l'imagerie, ainsi qu'à la réponse aux divers traitements. Les thérapies manuelles ont un rôle majeur à jouer dans ce type d'atteinte,

o le deuxième cercle de la douleur se rattache à **une anomalie siégeant sur les voies de transmission des influx nociceptifs**, dont le mécanisme physiopathologique reste à découvrir. Elles n'ont aucun support anatomique. Elles se caractérisent par un **syndrome d'hypersensibilité à la douleur**. Cette dernière est en général non systématisée, diffuse, et souvent bilatérale. Les patients disent, la plupart du temps « qu'ils ont mal partout ».

Contrairement aux douleurs du premier cercle, soulagées par le repos ou certaines positions, les douleurs du deuxième cercle sont quasi permanentes, rien ne les soulage, rien ne les aggrave.

Il existe une proportion de femmes de moins de 50 ans, plus importante dans ce type d'atteinte que dans le reste de la population. La plupart du temps, s'associent des troubles du sommeil, voire un syndrome dépressif.

Enfin, les traitements classiques médicaux et physiques sont inopérants (ceci rejoint les critères de durée et d'échecs thérapeutiques que nous citons dans le chapitre précédent). Les **dépressions et la fibromyalgie** dans leur forme avérée font partie intégrante de ce deuxième cercle.

La prise en charge de la fibromyalgie fait aujourd'hui consensus, étant pluridisciplinaire et faisant intervenir un traitement médical, physique et psychologique,

o dans le troisième cercle, nous trouvons des patients pour lesquels les douleurs lombalgiques dépendent de facteurs extérieurs et s'associent à un **contexte psychosocial** et professionnel particulier. Les douleurs sont chroniques, souvent depuis plus de six mois, le retentissement professionnel est grave car elles occasionnent des arrêts maladie de longue durée (ce qui représente un élément déterminant de cette affection). Les qualifications professionnelles sont souvent faibles, le travail jugé ennuyeux, et les rapports sur le lieu de travail souvent mauvais. Il existe, de plus, une situation d'échec personnel (niveau éducatif bas, sensation de solitude marquée, absence d'ami). Le tout est quelquefois compliqué par un conflit médico-légal ou professionnel.

Comme pour le deuxième cercle, le traitement classique est inadapté, et les examens cliniques ne caractérisent pas de lésion en rapport avec l'importance des souffrances et des handicaps occasionnés.

Ces lombalgies chroniques invalidantes représentent 5 % des atteintes, mais en terme de coût, atteignent plus des ¾ des dépenses maladie. On comprend alors qu'une prise en charge multifactorielle (psychologique, médicamenteuse, physique) encadrée par des équipes polyvalentes représente la meilleure garantie.

Le traitement repose à l'heure actuelle principalement sur un reconditionnement progressif à l'effort, accompagné d'interventions et d'adaptation sur le lieu du travail, encadré par une gestion antidouleur et d'un soutien psychologique.

(Pour plus de précisions, vous pouvez consulter l'interview avec le Dr Jean-Yves MAIGNE sur notre site à l'adresse suivant : [Cliquez ici pour consulter ce lien](#)).

° Le modèle de WADELL marque une avancée certaine dans la prise en charge lombalgique, car il permet au praticien de différencier les lombalgies aiguës des lombalgies chroniques, qui vont au-delà d'une simple durée. Il permet entre autre de repérer les patients à risques.

De plus, nous savons qu'en termes d'indications thérapeutiques, les manipulations vertébrales ont un rôle majeur à jouer dans le traitement d'un certain nombre de lombalgies aiguës.

En ce qui concerne les lombalgies chroniques, les études randomisées telles qu'elles ont été évaluées par la conférence de consensus de l'ANAES, démontrent l'intérêt des thérapeutiques manuelles (mobilisation, manipulation, tissus mous). Le jury en recommande l'utilisation, dans le cadre d'une approche pluri-dimensionnelle physique, psychologique et sociale. Néanmoins, cette indication doit faire l'objet d'une évaluation plus approfondie.

L'**approche tripolaire** décrite par Jean-Yves MAIGNE représente un intérêt pratique et clinique de premier plan. Il devient alors relativement aisé de classer les atteintes lombaires dans l'un des trois cercles.

Selon Jean-Yves MAIGNE et contrairement aux recommandations de l'ANAES (mais cela dépend sûrement de la définition des lombalgies chroniques), les manipulations seules ne constituent pas une indication du deuxième et troisième cercle. C'est au sein du premier cercle que ces indications se situent.

De plus, dans ce premier cercle, il faut éliminer les douleurs liées à une **inflammation** (d'origine dégénérative). Alors, la probabilité de succès du traitement manipulatif augmente grandement. Ce modèle représente donc un élément majeur dans la mise en place du traitement manipulatif.

V CLASSIFICATION SELON LE HANDICAP

Cette approche prend en compte le **handicap** et prolonge naturellement les conceptions cliniques précédemment décrites. Elle englobe une évaluation des trois composantes majeures du mal de dos, la douleur, l'incapacité physique et le comportement psychologique (toutes les trois étant intimement liées).

Notons que cette approche concerne plus directement les lombalgies chroniques. Pour cela, elle s'appuie sur la classification des handicaps, élaborés par l'OMS et distingue trois éléments d'une **évolution séquentielle** :

- le premier élément d'investigation est la **déficience**. Celle-ci est considérée *comme un déficit ou une anomalie psychologique, anatomique, physiologique ou d'une fonction*.

Ces déficiences sont évidemment recherchées par les praticiens lors de l'interrogatoire, de l'historique de la maladie et de l'examen physique.

Il faut noter que la mise en évidence de ces déficiences doit s'effectuer sur des éléments **cliniques objectifs et reproductibles**, comme la palpation statique douloureuse, l'étude de la mobilité, les tests orthopédiques, etc.

La question de la mise en place d'un outil diagnostique fiable se pose.

Concernant la douleur par exemple, il est conseillé d'utiliser l'**échelle visuelle analogique (EVA)**. Le patient est donc amené à quantifier ses sensations douloureuses sur une échelle, cotée de 0 à 10, 0 représentant une absence de

douleur, et 10 la douleur maximale ressentie,

- cette notion de déficience débouche, inéluctablement, sur la notion d'**incapacité** qui correspond en une réduction de la possibilité d'accomplir une activité considérée comme normale.

En terme simple et à titre d'exemple, il pourrait s'agir d'un patient se présentant avec des douleurs lombaires hyperalgiques, cotées à 7/10 sur l'EVA, accompagnées d'une souffrance segmentaire marquée à la palpation de la cinquième lombaire. Cette douleur s'associe à des contractures paravertébrales et une nette limitation des possibilités de flexion, objectivées par la distance doigts-sol (cet ensemble de données correspond aux **déficiences**). Ce patient se est dans l'impossibilité de se baisser, présente des difficultés à s'habiller et à mettre ses chaussures. Étant carreleur, il a dû s'arrêter de travailler pendant une semaine (cet ensemble de données correspond aux **incapacités**),

- le **handicap** constitue, quant à lui, la troisième séquence, et se définit comme la limitation dans l'accomplissement d'un rôle normal dans les conditions et le milieu de vie du sujet.

Cette classification du handicap proposée par l'OMS est axée sur l'analyse des déficits fonctionnels. **L'appréciation des conséquences fonctionnelles de la douleur lombaire est toute aussi importante qu'un diagnostic causal**, et devrait intéresser au premier plan tous les intervenants de thérapie manuelle.

Mais, le point important est que l'analyse des incapacités peut s'effectuer sur la base de bilans (en forme de questions), validés sur le plan international. Retenons, à titre d'exemple, le questionnaire d'OSWESTRY, de MC GILL ou de DALLAS (reproduit pour ce dernier en fin d'article).

CONCLUSION

L'analyse d'un lombalgique doit donc s'appuyer sur un ensemble de données **clés**, dont le but est de déboucher sur une attitude thérapeutique adaptée. À l'issue de cet article, il est possible de caractériser une démarche relativement simple constituée de plusieurs étapes :

- 1 – la première consiste à déterminer, par l'interrogatoire en général, **la topographie de la douleur** pour laquelle il existe un consensus d'experts. Celle-ci s'étend de T12 au pli fessier avec, dans certains cas, des irradiations projetées, le plus souvent au-dessus du genou. Un examen neuro-orthopédique peut quelquefois distinguer les irradiations projetées des radiculalgies,

- 2 – la seconde étape permet d'**éliminer la possibilité d'une atteinte organique**. Le praticien en thérapie manuelle doit être à même de procéder à un diagnostic d'exclusion, basé sur des signes d'alerte et complété par un examen physique et para clinique,

- 3 – une fois le diagnostic de lombalgie commune émis, il convient de **distinguer les lombalgies aiguës des lombalgies chroniques**. Pour se faire, l'**approche tripolaire** de Jean-Yves MAIGNE apparaît comme la plus efficace sur le plan clinique.

Elle permet de reconnaître : a/ les douleurs d'origine vertébrale (premier cercle), b/ les souffrances liées à une anomalie des voies de la douleur (deuxième cercle) et c/ les lombalgies chroniques invalidantes liées à des troubles psychosociaux (troisième cercle).

C'est dans le **premier cercle** de la douleur que l'on retrouve l'immense majorité des cas pour lesquels l'indication manipulative est posée, à l'**exception des poussées inflammatoires arthrosiques** (du disque ou des articulaires postérieures).

C'est aussi à ce moment qu'il est possible reconnaître les **patients à risque**.

L'indication des thérapeutiques manuelles (en particulier les manipulations vertébrales) dans le deuxième et le troisième cercle semble plus discutable. Peut-être existe-t-il des formes mineures ou « border line » (comme le disent les anglo-saxons) stabilisées par les thérapies physiques ?

- 4 - enfin, les incapacités fonctionnelles entraînées par les douleurs lombaires peuvent faire l'objet d'une **évaluation**, à l'aide de l'échelle visuelle analogique par exemple (EVA) et de questionnaires valides sur le plan international, utilisés d'ailleurs dans la recherche (Oswesty, Dallas).

Dans les cas les plus graves, des notions de handicap seront dégagées. Rappelons que la lombalgie est une pathologie reconnue depuis peu, dans le cadre des maladies professionnelles lorsque les liens de cause à effets sont établis.

Les professions chiropratique et ostéopathe ont toujours insisté sur une **approche globale du patient**. Cette classification a le mérite d'étudier le patient dans les différentes composantes de sa vie, en conciliant physique, psychique et facteurs sociaux. Elle est encore incomplète. Mais elle a le mérite d'élaborer un ensemble d'investigations

dans un tout cohérent et relativement simple à appréhender en clinique. Enfin, elle permet de déboucher sur une attitude thérapeutique adaptée à la pratique des thérapies manuelles, et en particulier du traitement manipulatif.

Le but de cet article est de poser un cadre à la démarche diagnostic. Ce cadre ne préjuge en rien de l'ensemble des approches chiropratiques et des techniques de soin que choisira le praticien. Ces approches et techniques devront faire aussi l'objet d'évaluations concertées. Enfin, cette démarche-diagnostic s'inscrit volontairement dans une optique scientifique, prenant en considération les recommandations de l'ANAES, apportant une réponse à la manière dont la chiropratique se détermine en matière de compétences.

Références :

- ANAES, « Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique » recommandations professionnelles, 2000.
- ANAES, « Prise en charge kinésithérapique du lombalgique, conférence de consensus », SPEK, 1998.
- BRASSEUR L, CHAUVIN M, GUILBAUD L, « Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques », Maloine, 1997.
- KIRKALDY WILLIS, « Managing low back Pain », Williams and Wilkins, 1987.
- MAIGNE JY, « Peut-on modéliser le mal de dos ? », revue de médecine vertébrale, juin 2001.
- MAIGNE JY, « Soulager le mal de dos », Masson 2001.
- SERRIE A, THUREL C, « La douleur en pratique quotidienne, diagnostic et traitements », deuxième édition, Arnette, 2002.
- WADDELL G, « biopsychosocial analysis of low back pain », Bailliere's Clinical Rheum, 6.523-557, 1992.

Exemple de questionnaire : questionnaire de DALLAS.

a. activités quotidiennes.

1. La douleur et son intensité :

dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

Pas du tout parfois tout le temps

0% _____ 100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

dans quelle mesure la douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?

Pas du tout de douleur (0%) moyennement je ne peux pas sortir du lit

0% _____ 100%

3. La possibilité de soulever quelque chose :

dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

Pas du tout comme avant moyennement je ne peux rien soulever

0% _____ 100%

4. La marche :

dans quelle mesure la douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant les problèmes de dos ?

Je marche comme avant presque comme avant presque plus du tout

0% _____ 100%

5. La position assise :

dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

Pas du tout de gêne moyennement je ne peux pas rester assis(e)

0% _____ 100%

6. La position debout :

dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

Je reste debout comme avant moyennement je ne peux pas rester debout

0% _____ 100%

7. Le sommeil :

dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

Je dors comme avant moyennement je ne peux pas dormir du tout

0% _____ 100%

b. travail et loisirs.

QUESTIONNAIRE DE DALLAS - ETAT PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

8. Activités sociales :

dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissements, repas et soirées entre amis, sorties, etc.) ?

Ma vie sociale est comme avant moyennement je n'ai plus aucune

vie sociale

0% _____ 100%

9. Les déplacements en voiture :

dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle les déplacements en voiture ?

Je me déplace comme avant moyennement je ne peux pas me déplacer en voiture

0% _____ 100%

10. Les activités professionnelles :

dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

Pas du tout moyennement je ne peux pas travailler

0% _____ 100%

c. anxiété et dépression.

11. L'anxiété – le moral :

dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire ce que l'on exige de vous ?

Je fais entièrement face moyennement je ne fais pas face

0% _____ 100%

12. La maîtrise de soi :

dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

Je fais entièrement face moyennement je ne fais pas face

0% _____ 100%

13. La dépression :

Je ne suis pas déprimé(e) je suis complètement déprimé(e)

0% _____ 100%

d. vie sociale.

14. Les relations avec les autres :

dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

Pas de changement changement radical

0% _____ 100%

15. Le soutien dans la vie de tous les jours :

dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc.) ?

Aucun soutien nécessaire soutien permanent

0% _____ 100%

16. Les réactions défavorables des proches :

SUESTIONNAIRE DE DALLAS - ETAT PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

Pas du tout parfois tout le temps

0% _____ 100%

Technique de dépouillement :

a. activités quotidiennes : faire la somme des scores des 7 premières questions, puis multiplier par 3

a. Total x 3 = _____ % de répercussion sur les activités quotidiennes.

b. travail et loisirs : faire la somme des questions 8 à 10, puis multiplier par 5.

b. Total x 5 = _____ % de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

c. anxiété et dépression : faire la somme des questions 11 à 13, puis multiplier par 5.

c. Total x 5 = _____ % de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

d. vie sociale : faire la somme des questions 14 à 16, puis multiplier par 5.

d. Total x 5 = _____ % de répercussion sur la sociabilité.

Score : _____

Lawlis GF, Cuencas R, Selby D et al. The development of the Dallas pain questionnaire Spine 1989 ;14 :511-515

Marty M, Blotman F, Avouac B, et al. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients

Rev Rhumat Engl Ed 1998 ;65 :126-134