

LA LOMBALGIE MANIPULABLE POUR UN CHIROPRACTICIEN.

par

Karl VINCENT, D.C.

D.U. de Méthodes en Recherche Clinique

Président de la Société Franco-Européenne de Chiropratique (SO.F.E.C.)

Avec la collaboration de :

Donald R. MURPHY, D.C., D.A.C.A.N.

Clinical Director

Rhode Island Spine Center

Clinical Assistant Professor

Depart of Community Health

Warren Alpert Medical School of Brown University

Providence, RI (U.S.A.)

Cyril FISCHHOFF, D.C.

D.U. de Méthodes et Pratiques en épidémiologie

Membre de la SO.F.E.C.

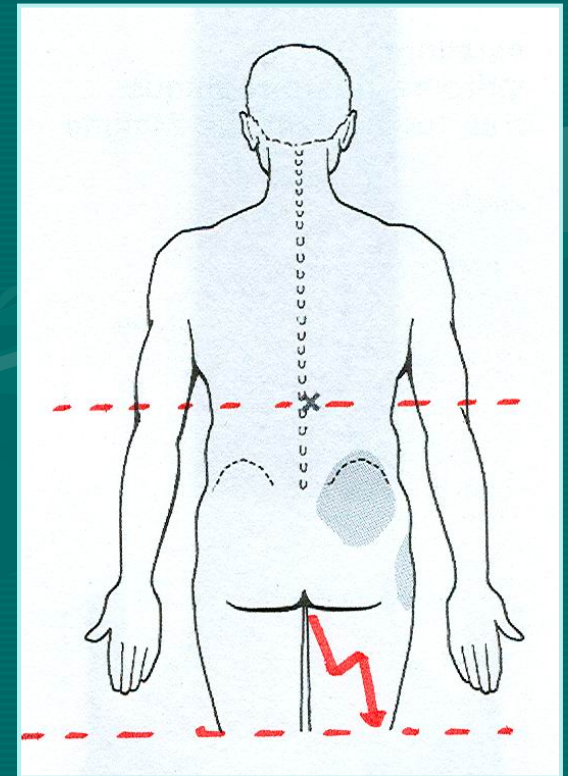
(Île Maurice)

INTRODUCTION : CONSTATATIONS

- La lombalgie est une douleur dont le générateur principal se situe entre T12 et le pli fessier, et dont les irradiations douloureuses ne dépassent pas le genou.
- Il s'agit (en dehors des affections symptomatiques) avant tout d'un **symptôme** pour lequel l'existence d'un diagnostic spécifique est rarement établie (15% des cas).⁽¹⁾
- Concernant la lombalgie commune, les éléments de classification internationale font référence à des notions de temps (aiguë ou chronique).⁽²⁾

(1) A theoretical model for the development of a diagnosis-based clinical decision rule for the management of patients with spinal pain, Donald R Murphy, Eric L Hurwitz *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007, 8:75.

(2) European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care, April 2005 .



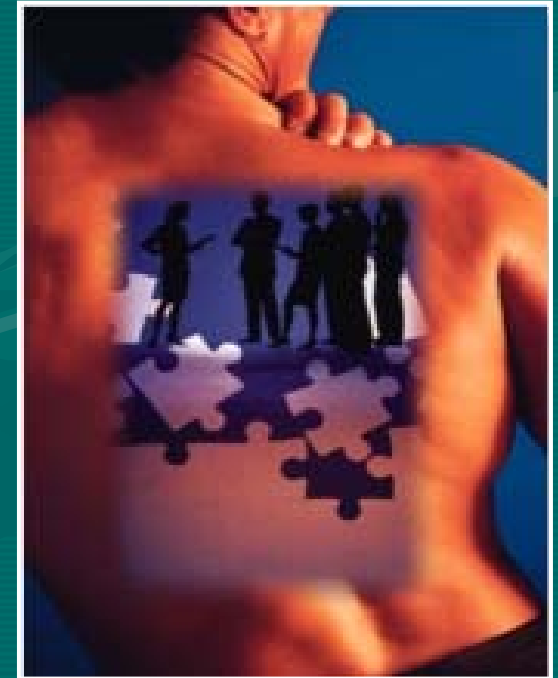
INTRODUCTION : CONSTATATIONS

- Il existe très peu de données concernant la lombalgie « manipulable ».
- Nous tenterons de répondre à trois questions :
 1. La classification internationale répond-elle à la question de la lombalgie manipulable ?
 2. Existe-il une lésion manipulable spécifique ?
 3. Est-il possible de dégager des règles cliniques ou prédictives ?



LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES LOMBALGIES COMMUNES ET SES LIMITES

- Cette classification concerne la notion de temps :
 - Lombalgie aiguë : inférieure à 2 mois d'évolution ;
 - Lombalgie chronique : supérieure à 2 mois d'évolution ;
- Cette limite de temps reste néanmoins très variable selon les auteurs et peut s'étendre de 2 semaines à 6 mois. La notion de douleur aiguë porte à confusion avec celle de l'intensité douloureuse.⁽³⁾
- S'agissant des lombalgies aiguës, elles sont définies comme des lombalgies dont les chances d'amélioration spontanée sont les plus importantes.⁽²⁾



(3) Soulager le mal de dos, Maigne Jean-Yves, Masson, classification des Rachialgies communes en fonction de leur durée d'évolution page 36.

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES LOMBALGIES COMMUNES ET SES LIMITES

- La distinction entre lombalgie aiguë et chronique (2 mois) n'est d'ailleurs pas une notion aussi évidente qu'elle n'y paraît :
 - D'une part, les travaux chiropratiques suédois montrent que la lombalgie est une pathologie qui ne devrait plus être considérée comme transitoire, dans la mesure où les atteintes lésionnelles sous-jacentes sont rarement auto-réversibles.
 - D'autre part, le qualificatif de chronicité qui se rapporte simplement à la « durée des symptômes » est insuffisant pour décrire la réalité lombalgique, car même en l'absence de douleur persistante, la récurrence suffit à parler de chronicité.⁽⁴⁾

(4) The course of low back pain from adolescence to adulthood: eight-year follow-up of 9600 twins. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO, Manniche C. Spine. 2006 Feb 15;31(4):468-72.



2^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA S.O.F.M.M.O.O. – 07 DÉCEMBRE 2007



LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES LOMBALGIES COMMUNES ET SES LIMITES

- S'agissant des manipulations, les lombalgies aiguës sont considérées en France, en particulier par la H.A.S., comme étant le sous-groupe susceptible de répondre le mieux au traitement par manipulation. Néanmoins, il n'existe aucun consensus à ce sujet.
- Les recommandations européennes, par exemple, conseillent l'utilisation de l'outil par manipulation que s'il existe des incapacités majeures, en particulier le retour au travail, et après l'échec d'un traitement antalgique médical.
- Les conclusions des méta-analyses actuelles montrent que les manipulations isolées, au mieux, ont un effet antalgique à court terme (3 mois) et ce quel que soit le type de lombalgie aiguë ou chronique.⁽⁵⁾
- Ces deux sous-groupes ont donc un intérêt limité sur la caractérisation de la lombalgie manipulable.

(5) Principles and Practice of Chiropractic, Scott Haldeman, McGrawHill, 2004, chapitre 8, clinical effectiveness of spinal manipulation for musculoskeletal conditions page 147.



2^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SO.F.M.M.O.O. – 07 DÉCEMBRE 2007



LA LOMBALGIE MANIPULABLE SE DÉFINIT-ELLE PAR LA PRÉSENCE D'UNE LÉSION SUSCEPTIBLE DE RÉPONDRE SPÉCIFIQUEMENT À LA MANIPULATION VERTÉBRALE ?

- L'existence d'une atteinte mécanique se traduirait par la présence d'une altération locale de la mobilité intervertébrale : **hypomobilité segmentaire**. Celle-ci est diagnostiquée par des techniques de palpation dynamique susceptibles de donner à la fois le niveau de l'atteinte et le sens de la manipulation à effectuer.
- L'existence de cette atteinte n'a jamais réellement été objectivée, car il n'existe sur le plan du diagnostic **ni fiabilité palpatoire, ni de *gold-standard*** permettant d'assurer des mesures de validité.⁽⁶⁾



(6) Manual examination of the spine: a systematic critical literature review of reproducibility. Stochkendahl MJ, Christensen HW, Hartvigsen J, et al. J Manipulative Physiol Ther 2006;29:475-85, 485.

LA LOMBALGIE MANIPULABLE SE DÉFINIT-ELLE PAR LA PRÉSENCE D'UNE LÉSION SUSCEPTIBLE DE RÉPONDRE SPÉCIFIQUEMENT À LA MANIPULATION VERTÉBRALE ?

- Compte tenu de l'impossibilité d'objectiver de manière positive une lésion dite « manipulable », il nous semble préférable d'envisager l'utilité des manipulations vertébrales en fonction des **bénéfices attendus** :
 - Dépressurisation discale, écartement articulaire postérieur ,
 - Effet antalgique et diminution des contractures associées aux syndromes douloureux segmentaires,
 - Diminution des incapacités (gain sur la mobilité active) ;



EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

Nous considérons un modèle qui consiste en quatre étapes de questionnement essentiel :

1. Existe-t-il la possibilité d'une atteinte symptomatique ?

- Il faut éliminer la possibilité de lombalgie symptomatique. Un examen physique complet est nécessaire à la recherche clinique de signes d'alertes. Cette première étape fait consensus. Cela fait partie des recommandations internationales.^(1,7)

(7) Guide clinique de la prise en charge de la lombalgie, Royal College of Practionners, 1999.



2^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SO.F.M.M.O.O. – 07 DÉCEMBRE 2007



PATHOLOGIES	DÉTÉCTÉES PAR :
Cancer	Un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique.
Tumeur bénigne	Douleur locale sévère, pas de position antalgique, soulagement radical aux A.I.N.S., douleur à la percussion.
Infection	Une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immuno-dépression, d'infection urinaire, de prise de drogue en intraveineuse, de prise prolongée de corticoïdes.
Fracture	Une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans, douleur à la percussion.
Rhumatisme inflammatoire	Douleurs chroniques et répétitives rachidiennes avant l'âge de 40 ans, réveil nocturne par la douleur (en 2 nd e moitié de nuit) et déverrouillage matinal, particulièrement chez les jeunes, impossibilité de rester allongé, limitation persistante des amplitudes de mouvements dans toutes les directions, atteintes périphériques articulaires (ex. : Polyarthrite Rhumatoïde), éruptions cutanées (Rhumatisme Psoriasique), urétrite, uvéite (syndrome de REITER), Antécédents familiaux, réponse partielle ou absente aux traitements antalgiques.
Syndrome de la queue de cheval	Troubles urinaires, une anesthésie en selle en association à une atteinte motrice majeure, entraînant une faiblesse du membre
Myélopathie	Études des signes pyramidaux, en particulier du membre inférieur, réflexes vifs, augmentation éventuelle du tonus, spasticité, signe de Babinski. Autres signes centraux comme une perte de la coordination, perte du sens proprioceptif.



EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

2. D'où provient la douleur du patient et quelle est sa nature ?

Nous recherchons 2 types de signes évocateurs :

- Les signes de douleur segmentaire :
 - le dénominateur commun à l'ensemble des lombalgies manipulables est la présence d'une souffrance vertébrale segmentaire provoquée à la palpation. Cet examen est reproductible et témoigne, à minima, de l'origine vertébrale de la douleur sans préjuger de la cause.^(1,6)
 - Et/ou La présence d'une douleur vertébrale provoquée par le mouvement ou de tests de provocations.^(1, 8)



(8) Is it possible to differentiate people with or without low-back pain on the basis of test of lumbopelvic dysfunction? Charlotte Leboeuf-Yde, Kirsten Ohm Kyvik, J Manipulative Physiol Ther 2000;23:160

EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

- Les signes inflammatoires et/ou lésionnels majeurs :
 - Le cas des atteintes récentes (moins de deux mois d'évolution) ou de récurrence, dans lesquels résident des douleurs importantes dans les toutes les directions de mouvements. Il n'existe pas d'amplitude libre permettant la mise en tension pré-manipulation.

Le risque est d'amplifier le processus inflammatoire ou la lésion (ex : rupture annulaire) sous jacente.



EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

- Les signes inflammatoires et/ou lésionnels majeurs :

- Les cas d'atteintes chroniques (douleurs continues > 2 mois d'évolution) qui se traduisent par la **présence de douleurs avec réveil nocturne (non positionnel) accompagnée d'un déverrouillage matinal marqué (supérieur à 20 minutes).**

Dans ces cas là, même si les manipulations semblent techniquement possibles (présence d'amplitudes libres), elles ne semblent pas apporter, du moins à ce stade, de soulagement efficace.

La priorité est au traitement médical, A.I.N.S., A.I.S. ou infiltrations selon les cas et/ou à d'autres traitements physiques (ex : Flexion/Distraktion, Réhabilitation).⁽⁹⁾



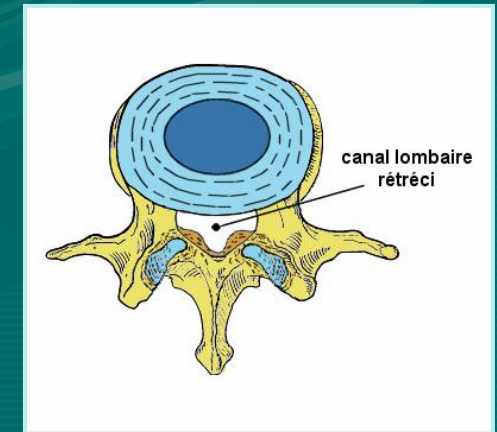
(9) The symptom of night pain in a back pain triage clinic. Harding IJ, Davies E, Buchanan E, Fairbank JT. Spine, 2005 Sep 1;30(17):1985-8 .

EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

3. Existe t-il des facteurs associés, source de douleur ou favorisant la chronicité ?

Ces facteurs représentent pour nous de véritables générateurs potentiels des douleurs vertébrales communes pouvant les perpétuer. Ils sont à prendre en compte dans la cadre de la lombalgie manipulable. Ils sont d'ordres biomécaniques, neurophysiologiques psychologiques ou génétiques. Nous en distinguons 4 :

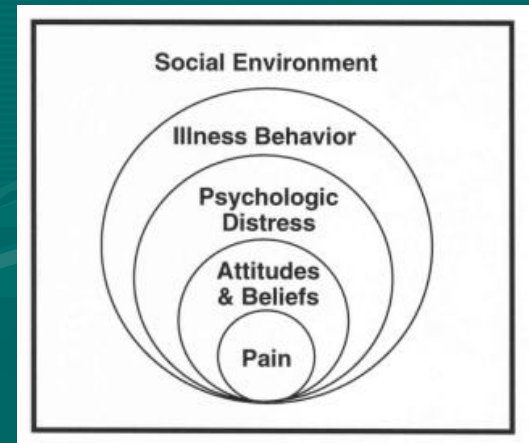
- La présence **d'anomalies anatomiques** objectivées par l'imagerie. Il s'agit principalement, d'arthrose évoluée, de spondylolisthésis (dégénératifs ou par lyse isthmique), de la présence d'un canal lombaire étroit, d'anomalies transitionnelles et de tropismes articulaires.^(3,10)



(10) Low Back Pain: Mechanism, Diagnosis, Treatment, Cox J, Text book Lippincott Williams and Wilkins Publishers 1999.

EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

- La présence de **troubles psychologiques et sociaux** (professionnels, socio-économiques, médico-légaux, dépression) interférant probablement sur les voies de douleur. L'intérêt des manipulations comme outil thérapeutique unique est insuffisant et probablement inutile dans les formes majeures.⁽¹¹⁾

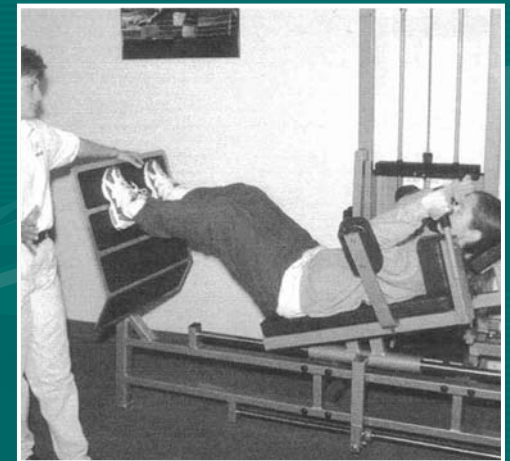


(11) The back pain revolution, Waddell G, text book, Churchill Livingstone, 2004.

EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

- La présence d'un manque de stabilité vertébrale décrit par les anglo-saxons comme une « **altération de contrôle musculaire** » joue probablement un rôle dans les lombalgies chroniques (continue ou récurrente).

Des anomalies musculaires sont fréquemment rencontrées chez les lombalgiques chroniques et un certain nombre d'études montre l'importance des exercices thérapeutiques.^(12,13)

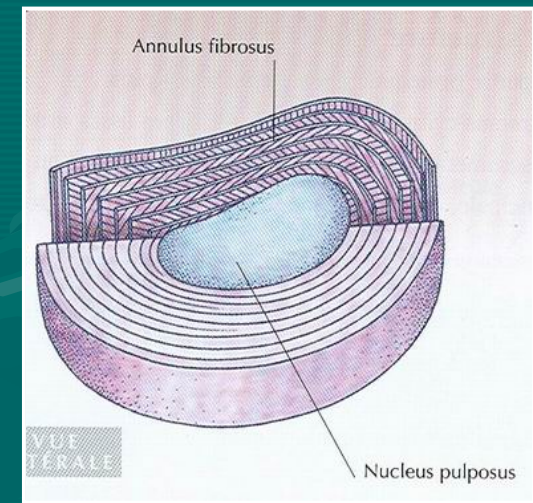


(12) Hodges PW, Richardson CA. Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain a motor control evaluation of transversus abdominis. *Spine* 1996;21(22):2640-2650.

(13) Hungerford B, Gilleard W, Hodges P. Evidence of altered lumbopelvic muscle recruitment in the presence of sacroiliac joint pain. *Spine* 2003;28(14):1593-1600.

EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

- La mise en évidence dans le cadre d'études fondamentales ou épidémiologiques de facteurs génétiques (atteintes concernant le collagène type IX, récepteurs à la vitamine D, ou les protéoglynes discaux), peut expliquer la prédisposition à la pathologie discale, et donc la susceptibilité à la chronicité.⁽¹⁴⁾



(14) JPG Urban ,S Roberts.Degeneration of the intervertebral disc. *Arthritis Res Ther.* 2003; 5(3): 120–130.

EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

4. Quelle est La réponse au traitement par manipulation (ÉTAPE MAJEURE) ?

- Des travaux chiropratiques prospectifs nordiques ont mis en évidence une **règle prédictive** permettant d'entrevoir une issue favorable (à court et long terme) à la prise en charge chiropratique chez des patients souffrant de lombalgie associée ou non à des irradiations dans le(s) membre(s) inférieur(s) sur une période supérieure à deux semaines.^(15,16,17)

(15) Can patient reactions to the first chiropractic treatment predict early favorable treatment outcome in persistent low back pain? Iben Axén, Annika Rosenbaum, Robert Röbech, Thomas Wren, Charlotte Leboeuf-Yde, J Manipulative Physiol Ther 2002;25:450-4.

(16) The Nordic Back Pain Subpopulation Program: Demographic and Clinical Predictors for Outcome in Patients Receiving Chiropractic Treatment for Persistent Low-Back Pain, Charlotte Leboeuf-Yde and Coll, JMPT, October 2004, Volume 27, Number 8.

(17) The Nordic Back Pain Subpopulation Program: Validation and Improvement of a Predictive Model for Treatment Outcome in Patients With Low Back Pain Receiving Chiropractic Treatment, Iben Axén, Jess James Jones, Annika Rosenbaum, Peter W. Lövgren, Laszlo Halasz, Kristian Larsen, Charlotte Leboeuf-Yde, JMPT, July-August 2005 • Volume 28 • Number 6.



EST-IL POSSIBLE DE DÉGAGER DES RÈGLES CLINIQUES OU PRÉDICTIVES DE LA LOMBALGIE MANIPULABLE ?

- Plus de 70 facteurs cliniques pronostiques ont été pris en considération au début des travaux. Les 4 facteurs principaux identifiés sont les suivants :
 1. Une **réponse favorable dès la deuxième séance** (douleur et incapacité) permet d'entrevoir une issue favorable à court terme (3 mois) (FACTEUR LE PLUS FIABLE) ;
 2. Une **guérison symptomatique à la quatrième séance** permet d'entrevoir une issue favorable à long terme (1 an) ;
 3. Les **réactions après manipulations** étaient, elles aussi, indicatives. Elles étaient considérées comme favorables, si la douleur était locale et ne dépassait pas 24 heures. En revanche, des réactions douloureuses avec irradiations sur un délai supérieur à 24 heures étaient de mauvais pronostic ;
 4. La présence de **douleur dans le membre inférieur** (atteinte radiculaire) ou des **antécédents lombalgiques** (récurrents ou continus) sur une période supérieure à 30 jours dans l'année qui précède, sont de mauvais pronostic pour une résolution symptomatique à court terme.



CONCLUSION

- Face à une douleur lombalgique, il faut d'abord éliminer la possibilité d'une atteinte symptomatique.
- Une fois la douleur segmentaire caractérisée :
 - La manipulation vertébrale trouve son **indication** d'après les bénéfices attendus (dépressurisation discale, effets antalgiques, diminution des incapacités).
 - Le recours à la manipulation est **contre-indiqué** en cas de composante inflammatoire majeure du syndrome douloureux et/ou en cas d'inexistence d'amplitude lombaire libre.
 - L'utilisation de la manipulation **seule** est **non-indiquée** s'il existe une absence de réponse positive au traitement (en moins de 5 séances), en particulier en cas d'antécédent de lombalgie et/ou d'irradiations dans le membre inférieur, dont le cumul est supérieur à 30 jours, l'année précédente.
- La présence d'anomalies anatomiques (spondylolisthésis, canal étroit, tropisme...), de facteurs psychologiques et sociaux, de troubles du contrôle musculaire ou de facteurs biochimiques/génétiques ne contre-indiquent pas les manipulations mais **modifient** la prise en charge qui doit prendre en compte des mesures complémentaires médicales et/ou physiques.



MERCI DE VOTRE ATTENTION.



2^{EME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SO.F.M.M.O.O. – 07 DÉCEMBRE 2007

