

LES STRATEGIES THERAPEUTIQUES  
Dans la lombalgie

Ph Nayme

## Introduction

Le Patient lombalgique chronique qui consulte dans un Centre de la douleur après un parcours déjà long de consultations, d'hospitalisations, présente une symptomatologie somato-psychique d'une grande complexité.

Avant tout acte de prise en charge, il est indispensable de recadrer le lombalgique par rapport à sa poussée initiale en trois stades.

## Le groupe I

Correspond au début du syndrome lombalgique avec une symptomatologie bruyante, c'est le blocage aigu douloureux lombaire ou le lumbago aigu. Anatomiquement le plus souvent seul le disque est responsable du syndrome douloureux, avec rupture du nucleus, envahissement de la structure lamellaire, mise en tension du ligament vertébral commun postérieur. Avec un traitement simple associant repos au lit strict de 48/ à 72 heures, AINS et Antalgiques, l'évolution est favorable dans 80% des cas en 8 jours. Le traitement se fait en ambulatoire et ne nécessite ni imagerie, ni kinésithérapie. Même si ce stade est souvent dépassé chez les patients lombalgiques chroniques, la réponse thérapeutique est toujours adaptée lors d'une poussée aiguë chez un patient douloureux chronique.

## Le groupe II

Il se définit comme la récurrence de l'épisode initiale avec poussées douloureuses lombaires survenant 2 à 5 fois par an.

Le traitement médical sera identique associant repos au lit strict, AINS, Antalgiques. La répétition des poussées douloureuses exigera de pratiquer au minimum un bilan radiographique simple avec un cliché de face de la colonne lombaire (cliché de Deseize), un cliché de profil de la colonne lombaire, un cliché face et profil centré sur l'interligne L5-S1. Des clichés de 3/4 droit et de 3/4 gauche seront nécessaires si l'on suspecte un syndrome articulaire postérieur.

Ce bilan radiographique permettra d'éliminer une pathologie osseuse sous-jacente. C'est également devant la persistance de la symptomatologie qu'un examen scanographique confirmera ou non le diagnostic de conflit radiculaire. Anatomiquement, plusieurs éléments peuvent être responsables de la lombalgie, l'appareil disco-vertébral, mais également l'appareil ligamento-musculaire et articulaire postérieur. Ces patients peuvent également bénéficier d'une prise de charge en rééducation en ville ou en centre spécialisé.

La récurrence des poussées douloureuses peut entraîner une gêne dans l'activité professionnelle (multiplication des arrêts de travail), un évitement de tout effort physique, un arrêt des activités sportives et de loisirs. Cette impression de déconditionnement physique peut faire lit d'un syndrome anxio-dépressif. Plusieurs médecins seront consultés (médecin généraliste, rhumatologue, rééducateur fonctionnel, neurochirurgien). Ce groupe de patient peut évoluer soit vers une amélioration de la symptomatologie soit vers le groupe III.

## Le groupe III

Le plus nombreux des patients vus dans une consultation de lombalgique dans un Centre de la Douleur appartient à ce groupe. La douleur lombaire est plus ou moins permanente, les traitements médicamenteux insuffisamment efficace, il y a souvent échec des chirurgies itératives, une peur du mouvement qui déclenche la douleur. Les répercussions sociales familiales, professionnelles sont majeures avec perte d 'emploi, conflit avec les organismes sociaux. Cette non-reconnaissance de l 'invalidité lombalgique exacerbe la symptomatologie douloureuse qui associe très souvent à un syndrome anxio-dépressif.

Les différents traitements seront plus ou moins spécifiques à chaque groupe de patient, mais le principe est identique, diminuer le symptôme douleur. C 'est le traitement à court terme et parallèlement proposer au patient des techniques lui permettant d 'analyser et de contrôler lui même sa douleur c 'est le traitement à long terme.

## LE TRAITEMENT A COURS TERME

Il sera déterminé en fonction du mécanisme physiopathologique initial et devra viser à rompre les cercles vicieux d'auto-entretien de la douleur en agissant à tous les niveaux anatomiques.

### Niveau périphérique.

- Antalgiques.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens, per os par perfusions en ambulatoire au Centre de la Douleur avec une prévention des effets secondaires et prévention gastrique.
- Utilisation de décontracturants.
- Application locale de CAPSAINE.
- Massage, rééducation fonctionnelle.
- Neurostimulation transcutanée
- Infiltration articulaire postérieure (Corticoïde, Anesthésique)  
Mésothérapie.
- Blocs anesthésiques.

## Niveau médullaire

- Antalgique majeur
- Antidépresseur
- Antiépileptique
- Neurostimulation médullaire

Péridurale

# Traitement à long terme

Le traitement précédent, mis en route seul, est soumis à l'échec à long terme si, parallèlement, on n'apprend pas au patient à connaître ses réactions physiques, émotionnelles et comportementales et à mettre en place une stratégie lui permettant d'en avoir un meilleur contrôle. Pour cela, on s'aidera de la relaxation, des thérapies comportementales et de la psychothérapie.

- Les thérapies cognito-comportementales offriront la possibilité de mettre en évidence les facteurs d'entretien de la douleur, d'en faire prendre conscience au patient et de mettre en place une stratégie qui permette de supprimer ces facteurs. Elles sont pratiquées individuellement, au cours de consultations, ou en groupe d'une dizaine de patients dans le cadre de programmes plus larges associant ces techniques à celle de la relaxation. La plupart du temps, ces programmes ont un objectif de readaptation et de réhabilitation à une vie active.

- Il sera parfois nécessaire de rechercher des causes plus profondes pour lesquelles il faudra faire appel à la psychothérapie. Celles-ci n'est pas toujours acceptée d'emblée par ces patients dont la verbalisation est pauvre et dont l'expression passe par le corps. La relaxation et les thérapies cognito-comportementales peuvent servir d'interface si elles offrent au patient un espace d'écoute.

- Conclusion:
- L'ensemble de ces traitements doit pouvoir être proposé simultanément, c'est la coexistence des thérapeutiques qui assurera l'efficacité. C'est-à-dire la nécessité d'une prise en charge spécifique pluridisciplinaire, comme l'offre actuellement les Centres de Douleur, qui représentent un lieu d'accueil pour les patients douloureux chroniques et où les différentes thérapeutiques seront menées simultanément, excluant toute solution privilégiant un seul type de traitement.

- Cependant, le rôle d'un Centre de Douleur peut être pervers s'il ne dépasse pas largement celui d'un « distributeur de techniques et de médicaments ». S'il doit parfois corriger un diagnostic, il doit bien souvent casser l'escalade technique et aborder le patient sous un autre registre lui permettant de replacer la douleur dans son cadre somatique et psychologique, et par un apprentissage spécifique, d'en assurer lui-même le contrôle.