

LOMBALGIE

4 personnes sur 5 souffriront de douleur au bas du dos au cours de leur vie

LA LOMBALGIE EST LA CAUSE D'INVALIDITÉ NUMÉRO 1 DANS LE MONDE

La lombalgie est le trouble relié au travail le plus courant en Amérique du Nord et la cause d'invalidité numéro 1 dans le monde. C'est aussi une cause majeure d'absentéisme au travail. Environ 85 % de la population souffrira de maux de dos au moins une fois dans sa vie¹. En outre, le nombre d'années vécues avec une invalidité causée par ce problème a augmenté de 54 % en 25 ans (de 1990 à 2015)². La lombalgie touche tous les pays, des plus pauvres à ceux avec les plus hauts revenus. On peut expliquer la douleur par des observations tangibles telles qu'une fracture vertébrale, une tumeur (ou métastase), une infection ou une spondylarthrite chez une faible proportion de personnes seulement. Les autres ne trouveront pas de réponse avec l'imagerie spécialisée ou des tests avancés. La plupart des épisodes sont de courte durée et sans conséquence à long terme (même si cela peut être vraiment douloureux à court terme). Cependant, il est fréquent que les épisodes de lombalgie se multiplient. Certaines personnes deviendront même incapables de travailler de manière permanente dû à cette condition.

« L'implantation d'un programme de lombalgie accessible à tous est une façon simple de faire en sorte que les personnes atteintes retrouvent une vie normale, et ce, à un coût moindre que l'approche traditionnelle. »

L'implantation d'un programme de lombalgie accessible à tous est une façon simple de faire en sorte que les personnes atteintes retrouvent une vie normale, et ce, à un coût moindre que l'approche traditionnelle. Très significatif pour les gens affectés qui sont incapables de poursuivre leurs activités, un programme de lombalgie permet de diminuer la pression financière sur les ménages, la détresse psychologique et les répercussions sur toute la famille.

AIDER LES GENS À SE REMETTRE SUR PIED GRÂCE AU PROGRAMME DE LOMBALGIE



Le programme de lombalgie que propose le Centre de santé communautaire de l'Estrie (CSCE) répond aux besoins de la population de Stormont, Dundas et Glengarry. Ayant célébré son 5^e anniversaire en avril 2020, le programme a offert jusqu'à maintenant (en date d'avril 2020) des services à 919 clients différents pour un total de 12 291 traitements. Le nombre moyen de visites pour régler une problématique est de 8,4. Lorsque le programme est offert dans un centre de santé communautaire, l'épargne que le programme représente potentiellement pour le système de santé sur une période de 90 jours se situe entre 2000 et 6000 \$. De plus, 77 % des personnes qui consultent en

chiropratique ne prendront pas rendez-vous avec leur intervenant de santé primaire.³ Une revue de 12 recherches ciblant particulièrement les coûts-bénéfices de la chiropratique évalue que le coût moyen pour un épisode de lombalgie est diminué de 36 % en comparaison à l'approche traditionnelle.⁴

LES CHIROPRACTIENS JOUENT UN RÔLE IMPORTANT DANS LES CSC

La présence de chiropraticiens en centre de santé communautaire a également un impact sur la prise de décision des intervenants de première ligne. Ils ont la possibilité de demander conseil ou d'obtenir rapidement une opinion pour la gestion de certains cas plus complexes. Cela a pour effet de diminuer la prescription de tests inutiles et de limiter les références qui ne sont pas nécessaires à des spécialistes. L'un des défis de la gestion de la lombalgie est que les lignes directrices ne sont pas suivies à la lettre par plusieurs médecins et infirmières praticiennes. Il est de plus en plus clair, selon ces recommandations, qu'une combinaison d'exercices, d'éducation ainsi qu'un retour au travail rapide (ou le fait de demeurer au travail) est l'approche à privilégier.⁵ Malheureusement, une portion énorme des dépenses en lombalgie est constituée d'exams et de traitements qui sont



pourtant reconnus comme étant inefficaces ou inutiles. Une étude faite aux États-Unis reconnaît que les chiropraticiens respectent plus fidèlement les lignes directrices dans les cas de lombalgie. Ceci mène à des dépenses moindres dans la gestion de ces cas et entraîne des résultats égaux ou supérieurs pour les clients.⁶

« Il est de plus en plus clair, selon ces recommandations, qu'une combinaison d'exercices, d'éducation ainsi qu'un retour au travail rapide (ou le fait de demeurer au travail) est l'approche à privilégier.⁵ »

Rester actif, l'exercice, l'éducation sur les causes du problème ainsi que la thérapie cognitivo-comportementale sont des traitements de première ligne ayant clairement démontré leur efficacité pour la lombalgie chronique. Dans le cas de douleur aiguë et chronique, la thérapie manuelle est recommandée dans la gestion de la lombalgie quand elle est utilisée dans une

approche multimodale (exemple : avec les exercices/étirements et l'éducation).⁷ Les chiropraticiens œuvrant dans un milieu de santé communautaire peuvent particulièrement jouer un rôle important, puisqu'ils travaillent souvent avec des psychologues.

Depuis les débuts du programme, le CSCE a pu aider plusieurs clients avec différents problèmes. En voici quelques exemples.

CAS #1



Il y a un an, une cliente dans la cinquantaine a visité son médecin pour une douleur lombaire qui durait déjà depuis 4 ans. Elle travaillait comme infirmière dans un centre pour personnes âgées, ce qui semblait aggraver ses douleurs graduellement. Le médecin l'a référée au programme de lombalgie puisqu'elle n'avait pas d'assurance privée et qu'elle désirait essayer des approches alternatives à la médication. Cette cliente vivait beaucoup de stress au travail et avait de plus en plus de difficulté à effectuer ses tâches à la maison. De plus, elle n'avait pas voyagé depuis que la douleur était apparue, parce qu'elle se sentait incapable de prendre l'avion et n'aurait pas pu en profiter (elle avait pourtant voyagé 17 fois dans les 10 années précédant l'apparition de la douleur).

« Elle est présentement en voyage au Mexique et a recommencé à faire tout ce qu'elle voulait autour de la maison. »

Elle a donc été suivie parallèlement en chiropratique et en médecine, avec des ajustements manuels ainsi que des exercices et étirements qui lui ont été enseignés. La douleur diminuait, mais très lentement. Le médecin l'a convaincu de prendre de l'ibuprofène

pour aider l'inflammation et lui a recommandé de faire de l'exercice dans la piscine. C'est à ce moment que l'amélioration est devenue plus rapide (des traitements de flexion manuelle de la colonne ont aussi été ajoutés au même moment). La combinaison des deux approches a semblé être très bénéfique pour cette cliente.

Elle est présentement en voyage au Mexique et a recommencé à faire tout ce qu'elle voulait autour de la maison. Cet hiver, elle a même pu pelleter sans trop en souffrir, chose qu'elle n'aurait même pas envisagée l'hiver dernier. La douleur est encore présente, mais en faisant attention à ses mouvements, tout reste sous contrôle.

CAS #2

« Sa douleur à la jambe gauche s'est réglée après le premier traitement. Sa douleur lombaire, quant à elle, s'est améliorée graduellement jusqu'au 4^e ou 5^e traitement, jusqu'à complètement disparaître. »

Un client dans la mi-soixantaine s'est présenté à l'infirmière avec une douleur lombaire qui irradiait à sa jambe gauche et qui était apparue depuis deux à trois semaines. Il a été référé au programme de lombalgie et sa douleur à la jambe



gauche s'est réglée après le premier traitement. Sa douleur lombaire, quant à elle, s'est améliorée graduellement jusqu'au 4^e ou 5^e traitement, jusqu'à complètement disparaître. Il s'est ensuite rendu compte qu'il endurait un certain inconfort depuis des années et que sa condition était désormais meilleure qu'avant la douleur initiale. Cependant, une douleur lombaire apparaît s'il reste immobile longtemps. Il essaye donc d'éviter ces situations. Maintenant, même quand la douleur apparaît parce qu'il reste debout longtemps, il va mieux le lendemain. La douleur ne le dérange plus durant plusieurs jours comme avant.

Ce client consultait également son médecin pour des problèmes semblables à un syndrome du tunnel carpien et avait été référé à un neurologue. La prochaine étape était possiblement l'opération pour les tunnels carpiens. Le chiropraticien lui a montré des étirements simples à faire tous les jours. Il n'a finalement pas eu besoin de l'opération et s'est rétabli à 100 % sans recourir à la chirurgie.

CAS #3



Un immigrant nouvellement arrivé au Canada s'est présenté pour une douleur lombaire aiguë qui avait débuté récemment. Cette douleur était apparue simplement lorsqu'il s'était penché vers l'avant pour se brosser les dents. Il a ressenti une douleur vive au travers de la colonne lombaire et a été

incapable de fonctionner pendant deux jours. La douleur a diminué graduellement, pour ensuite atteindre un plateau où il lui était toujours impossible de travailler en position assise. Après quelques traitements (3 ou 4), la douleur était complètement disparue et il a pu reprendre ses activités normalement. Si ce n'eût été du programme de lombalgie, il lui aurait été impossible de recevoir des soins chiropratiques au privé dû à la barrière financière. Il aurait probablement consulté à nouveau son médecin pour des antidouleurs, même s'il avait vu que très peu d'amélioration la première fois.

« Si ce n'eût été du programme de lombalgie, il lui aurait été impossible de recevoir des soins chiropratiques au privé. »

CAS #4

« Il était capable de dormir dans son lit à nouveau et n'avait plus besoin de sa canne pour se déplacer. »

Un homme de 72 ans avec de faibles revenus a consulté son infirmière praticienne (IP) pour une douleur à la hanche débilante qui s'aggravait depuis 3 mois (lors de sa 2^e consultation). Il devait se déplacer avec une canne et était incapable de dormir dans son lit



depuis quelques semaines déjà. Il devait passer la nuit dans un fauteuil inclinable. Comme l'IP n'était pas certaine de l'origine du problème, elle a référé ce client pour une évaluation avec le chiropraticien. À l'examen, la douleur semblait provenir de la hanche, mais un essai thérapeutique fut quand même effectué pour tenter d'améliorer l'état du client. Après avoir discuté avec l'IP, il fut décidé de le référer à un orthopédiste pour une évaluation de la hanche. Cependant, 5 jours après la première visite, la douleur avait diminué de 50 %. Le client a donc refusé d'être référé au spécialiste, puisqu'il était capable de dormir dans son lit à nouveau et n'avait plus besoin de sa canne pour se déplacer. Après le 2^e traitement avec le chiropraticien, il se sentait assez bien pour cesser les traitements et seulement continuer avec les exercices recommandés.

Voici maintenant les lignes directrices et les approches thérapeutiques qui sont utilisées dans notre projet en lombalgie, accompagnées de certaines données scientifiques.

RECOMMANDATIONS SELON LES LIGNES DIRECTRICES

Le Canadian Chiropractic Guideline Initiative (CCGI), un organisme de recherche dédié à la surveillance et à la diffusion des lignes directrices en chiropratique, mentionne que les soins chiropratiques dans les cas de lombalgie aiguë (d'une durée de 0 à 3 mois) sont suggérés. Ceci peut inclure la thérapie par manipulation vertébrale, l'activité physique, les stratégies d'autogestion ainsi que d'autres traitements communs. Il fut démontré que les soins chiropratiques aident à diminuer la douleur et l'incapacité à court terme.⁸

« Ceci peut inclure la thérapie par manipulation vertébrale, l'activité physique, les stratégies d'autogestion ainsi que d'autres traitements communs. »



Le CCGI mentionne également que les soins chiropratiques dans les cas de lombalgie chronique (d'une durée de plus de 3 mois) sont suggérés. Les manipulations vertébrales sont préférées à une intervention minimale pour faire diminuer la douleur et l'incapacité à court terme. L'effet analgésique était plus évident dans les 6 premiers mois de l'épisode et l'amélioration des habiletés fonctionnelles était meilleure à un mois. Une approche multimodale s'est également montrée efficace : manipulation vertébrale avec exercices, thérapie myofasciale, conseils et matériel éducatif.⁸

EFFICACITÉ ET SÉCURITÉ DES TRAITEMENTS

Il y a des preuves que les manipulations et la mobilisation vont réduire la douleur et améliorer la fonction des personnes qui souffrent de lombalgie chronique. La manipulation semble avoir plus d'effet que la mobilisation. Les deux approches semblent sécuritaires.⁹

EFFET DU MASSAGE DE FRICTION TRANSVERSE

Le massage de friction transverse est une approche complémentaire utilisée par plusieurs chiropraticiens. L'observation d'une augmentation du couplage excitation-contraction du ventre du muscle suggère que le massage de friction transverse effectué sur les tendons permet de modifier le mécanisme de contrôle neuromoteur, possiblement via les voies afférentes, et diminue par le fait même la raideur musculaire.¹⁰

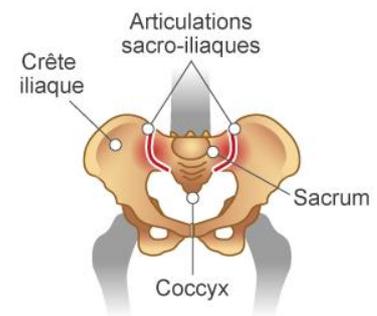
EFFET DU TENS ET DU THUMPER



Une étude de Guieu et al. a évalué l'effet analgésique de la vibration (Thumper) et de la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) lorsqu'effectuée séparément et simultanément à 24 patients avec une douleur chronique. Les personnes ont été soumises à 4 sessions de traitements différents de 35 minutes chacun (thérapie par vibration à 100Hz, TENS à 100Hz, thérapie par vibration et TENS, stimulation placebo-TENS sans courant). Les évaluations (questionnaire de douleur McGill) étaient complétées immédiatement après le traitement, ainsi que 4 heures et 24 heures après le traitement. Les résultats montrent que la stimulation double (thérapie par vibration avec le TENS) soulage la douleur dans plus de cas que si elles sont prises séparément. Elles ont aussi un effet analgésique plus puissant et plus durable. Dans tous les cas, les 3 premières stimulations avaient un effet analgésique supérieur que celui obtenu par la stimulation placebo.¹¹

EFFICACITÉ DE TRAITER L'ARTICULATION SACRO-ILIAQUE

Il n'y a présentement pas de traitement standardisé pour une dysfonction sacro-iliaque. Les recherches démontrent qu'il est important de manipuler l'articulation ainsi que les structures environnantes pour avoir de meilleurs résultats. Même si la manipulation de l'articulation est bonne pour restaurer la symétrie entre les deux côtés, elle ne semble pas aussi efficace pour faire diminuer la douleur et l'incapacité à long terme si les structures environnantes sont à l'origine du problème. Alors, une approche globale qui inclut le traitement de l'articulation elle-même ainsi que des ligaments et muscles environnants serait à privilégier. Il faut donc, si le cas le nécessite, faire relâcher les ligaments sacro-tubéreux, interosseux, iliolumbaux et sacro-épineux en plus de travailler les muscles tels que les ischiojambiers, les adducteurs, l'iliopsoas, les rotateurs internes, le grand fessier et même le grand dorsal. Il peut aussi être bénéfique de renforcer certains muscles comme le grand fessier et le grand dorsal puisqu'ils peuvent théoriquement contribuer à la stabilité de l'articulation sacro-iliaque par leur attachement au fascia thoraco-lombaire.¹²



CONCLUSION

Pour conclure, il n'y a pas de traitement miracle pour la lombalgie puisqu'il existe plusieurs facteurs qui influencent le cours du problème. Il semble que la méthode la plus efficace pour raccourcir la durée du problème et remettre les gens sur pied plus rapidement est l'approche multimodale. Les chiropraticiens peuvent jouer un rôle crucial dans la gestion des lombalgies dans une équipe d'intervenants en centre de santé communautaire en offrant des traitements les plus complets possible au client. Cela permet aux personnes de se remettre sur pied le plus rapidement et aide à contrôler les dépenses provinciales en santé.

« Les chiropraticiens peuvent jouer un rôle crucial dans la gestion des lombalgies dans une équipe d'intervenants en CSC en offrant des traitements les plus complets possible au client. »

RÉFÉRENCES

1. Blanchette MA et al., Effectiveness and Economic Evaluation of Chiropractic Care for the Treatment of Low Back Pain: A Systematic Review of Pragmatic Studies, Plos One, August 3, 2016.
2. Hartvigsen J et al., What low back pain is and why we need to pay attention, Lancet 2018, 391: 2356-67.
3. Emary P et al., Chiropractic integration within a community health centre: a cost description and partial analysis of cost utility from the perspective of the institution, Journal of the Canadian Chiropractic Association 2019; 63(2).
4. Dagenais S et al., A systematic review comparing the costs of chiropractic care to other interventions for spine pain in the United States, BMC Health Services Research 2015: 474.
5. Foster NE et al., Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions, Lancet 2018, 391: 2368-83.
6. Allen H et al., Tracking Low Back Problems in a Major Self-Insured Workforce. Toward Improvement in the Patient's Journey, Journal of Occupational and Environmental Medicine, Volume 56, Number 6, June 2014.
7. Maher C et al., Non-specific low back pain, Lancet 2016, October 10th, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9).
8. Bussi eres A et al., Spinal manipulative therapy and other conservative treatments for low back pain: a guideline from the Canadian Chiropractic Guideline Initiative, JMPT 2018, 265-293.
9. Coulter ID et al., Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine J. 2018 Jan 31.
10. Begovic H, Zhou GQ, Schuster S, Zheng YP. The neuromotor effects of transverse friction massage. Manual therapy. 2016 Dec 31; 26:70-6.
11. Guieu R., Tardy-Gervet MF., Roll JP. Analgesic effects of vibration and transcutaneous electrical nerve stimulation applied separately and simultaneously to patients with chronic pain. [Internet]. Europepmc.org. 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/1712660>.
12. Sacro iliaque:
 - a. 1) Hansen H, McKenzie-Brown A, Cohen S, Swicegood J, Colson J, Manchikanti L. Sacroiliac joint interventions: a systematic review. Pain Physician [serial on the Internet]. (2007, Jan), [cited June 5, 2017]; 10(1): 165-184. Available from: MEDLINE with Full Text.
 - b. 2) Tabar J. Treatment of sacroiliac joint: a review of procedures. Chiropractic Technique [serial on the Internet]. (1997, Nov), [cited June 5, 2017]; 9(4): 185-192. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
 - c. 3) Dhinkaran M, Arora A. Comparative analysis of muscle energy technique and conventional physiotherapy in treatment of sacroiliac joint dysfunction. Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited June 5, 2017]; 5(4): 127-130. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
 - d. 4) Herzog W, Conway P, Willcox B. Effects of different treatment modalities on gait symmetry and clinical measures for sacroiliac joint patients. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics [serial on the Internet]. (1991, Feb), [cited June 5, 2017]; 14(2): 104-109. Available from: MEDLINE with Full Text.
 - e. 5) Mooney V, Pozos R, Vleeming A, Gulick J, Swenski D. Exercise treatment for sacroiliac pain. Orthopedics [serial on the Internet]. (2001, Jan), [cited June 7, 2017]; 24(1): 29-32. Available from: CINAHL Plus with Full Text.