

Une touche de médecine manuelle pour aborder le spectre des douleurs fonctionnelles?

Approche diagnostique des lombalgies aiguës

Lisa Sosolic-Zumschlinge^a, Jean-Dominique Lavanchy^b, Pierre de Goumoëns^c

^a Permanences médicales des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Yverdon-les-Bains, ^b Méd. Gén. FMH, Méd. Manuelle SAMM, ^c CHUV, Lausanne

Les lombalgies aiguës, bien que grand classique de nos consultations de médecine de premier recours, sont fréquemment une impasse diagnostique et thérapeutique, pour le praticien et le patient. La médecine manuelle, en plus de son approche thérapeutique avec des manipulations et mobilisations réservée aux thérapeutes formés, peut nous enseigner quelques tests à intégrer à notre examen clinique et nous aider à reconnaître les douleurs d'origine fonctionnelle.

Introduction

Les lombalgies aiguës (tab. 1) sont un motif de consultation fréquente dans nos cabinets de médecine générale et au sein des urgences ambulatoires [1], avec un poids économique non négligeable (en Suisse, en 2005, les coûts directs ont été mesurés à 2,6 milliards d'euros et les coûts indirects entre 2,2 et 4,1 milliards, soit un total représentant 1,6 à 2,3% du PIB) [2]. Par ailleurs, 85% de la population va souffrir une fois dans sa vie de ce type de pathologie.

La majorité des épisodes de lombalgies sont de courte durée et la source nociceptive spécifique ne peut pas être identifiée.

Un des diagnostics retenus est bien souvent «lumbago ou lombalgies non spécifiques» avec comme attitude thérapeutique la prescription d'une antalgie standard, sans parler parfois d'un détour par la radiologie malgré les recommandations «less is more» de la *smarter medicine* (pour rappel, la SSMIG recommande dans le domaine ambulatoire de ne pas pratiquer un bilan radiologique chez un patient avec des douleurs lombaires non spécifiques depuis moins de 6 semaines, ce dernier ne modifiant pas le pronostic du patient mais augmentant les coûts et l'exposition aux radiations) [3], ou pire par l'imagerie plus coûteuse et sans corrélation

décisive entre les lésions dégénératives décrites et les douleurs du patient [4]. Frustration du médecin qui manque de précision diagnostique et de stratégie diagnostique et thérapeutique? Et celle du patient dont les douleurs ne cèdent pas malgré une antalgie bien conduite et qui restent inexplicables?

Dans ce contexte, il est utile d'expliquer au patient pourquoi un cliché standard et/ou une IRM, par définition statique, ne peuvent expliquer des douleurs d'origine dynamique.

Pour autant que les drapeaux rouges (c'est-à-dire les groupes de signes caractéristiques qui doivent alerter

Résumé

- La majorité des lombalgies aiguës sont dites non spécifiques et parmi celles-là nous pouvons distinguer les douleurs organiques et les douleurs fonctionnelles (par définition: absence d'atteinte structurelle).
- Nous insistons sur l'exclusion initiale et systématique des drapeaux rouges.
- De même qu'une douleur à la mobilisation, se modifiant ou disparaissant dans un axe isolé, suggère plutôt une pathologie fonctionnelle, une douleur sans axe libre doit faire évoquer une origine organique.
- Il est nécessaire sur la base d'une anamnèse précise de connaître les éléments cliniques orientant vers des douleurs fonctionnelles de même que vers une origine mécanique ou inflammatoire.
- Des tests cliniques issus de la médecine manuelle peuvent aider le praticien à affiner son appréciation diagnostique et donc les options thérapeutiques.

Tableau 1: Définition des lombalgies.

Définition de la lombalgie: douleurs situées entre le rebord costal inférieur et le pli fessier, associées ou non à des irradiations dans les membres inférieurs

– Aiguës: durée de moins de 4 semaines

– Subaiguës: de 4 à 12 semaines

– Chroniques: plus de 12 semaines

le praticien sur la possibilité d'une pathologie vertébrale grave sous-jacente et la nécessité d'investigations supplémentaires) aient été exclus (en résumé fracture, maladies inflammatoires, néoplasie, infections), il est possible d'affiner l'approche clinique des lombalgies en s'intéressant au spectre des douleurs fonctionnelles, afin d'offrir à nos patients des alternatives thérapeutiques et une reconnaissance de leurs douleurs.

En effet, l'absence de lésion structurelle ne met pas en cause la réalité d'une lésion fonctionnelle, donc dynamique, qui traduit une perturbation globale de la gestuelle de l'individu.

Dans cet article, nous proposons d'étoffer l'examen clinique devant un patient souffrant de lombalgies grâce aux techniques de médecine manuelle, le but étant d'aider le médecin de premier recours n'ayant pas forcément de connaissances en médecine manuelle à affiner son approche diagnostique clinique.

La médecine manuelle, qui a émergé après la Seconde Guerre mondiale, est basée sur des techniques de palpation et de manipulation, douces, précises et ciblées; le diagnostic et le traitement reposent sur des principes biomécaniques et neurophysiologiques. Oublions le fameux «faire craquer et remettre en place».

En Suisse, les médecins la pratiquant sont au bénéfice d'une formation complémentaire reconnue par la FMH de 32 jours de cours. Exerçant dans le même domaine, mentionnons les chiropraticiens (formation universitaire dispensée à la Faculté de médecine de Zurich) et les ostéopathes (formation HES menant à un Master), ainsi que les physiothérapeutes au bénéfice d'une formation complémentaire en ostéopathie.

Il ne sera pas discuté de l'approche thérapeutique par la médecine manuelle, ceci étant un tout autre chapitre vaste et large.

La douleur fonctionnelle

Après une anamnèse et un status suivis ou non d'examen paracliniques, les patients consultant pour une lombalgie se voient souvent répondre qu'il n'y a rien de spécifique (pour ne pas dire «rien de grave»), le médecin n'ayant pas décelé de dysfonction ou pathologie structurelle. En effet, les lombalgies non spécifiques font partie des symptômes sans explication univoque et découlant au contraire de plusieurs facteurs variant d'un individu à l'autre.

La notion que ces douleurs peuvent être dues à l'atteinte de la fonction d'un organe plutôt qu'à une altération de sa structure introduit le concept de troubles fonctionnels (ou douleurs fonctionnelles) (donc sans lésion structurelle) pouvant découler d'un dysfonctionnement cinétique de la chaîne vertébrale.

En ce qui concerne les douleurs lombaires, les douleurs fonctionnelles sont souvent mal systématisées, sans logique anatomique, avec irradiation le long des chaînes musculaires (ensemble de muscles polyarticulaires, de même direction, et dont les insertions se recouvrent les unes les autres à la manière des tuiles sur un toit), au contraire d'une irradiation correspondant à une racine nerveuse comme dans le syndrome radiculaire.

La base: débutons avec l'anamnèse...

Une anamnèse minutieuse implique l'exploration, au minimum, des facteurs de risque suivants (drapeaux rouges, jaunes, bleus et noirs).

Les drapeaux jaunes (facteurs psychologiques ou comportementaux), noirs (facteurs économiques et sociaux) et bleus (professionnels) [5] sont à mettre en lien avec le risque de chronicisation. Bien qu'importants, l'un et l'autre ne sont pas nécessaires à l'approche étiologique d'une lombalgie.

Les drapeaux rouges requièrent un examen immédiat et/ou une orientation vers un spécialiste (tab. 2).

Tableau 2: Les drapeaux rouges.

| Trouble possible | Drapeaux rouges |
|--------------------------------|---|
| Cancer | – Antécédents personnels de cancer – Perte de poids – >50 ans |
| Infection | – Fièvre – Usage de drogue intraveineuse – Infection récente |
| Fracture | – Ostéoporose – Usage de stéroïdes – Traumatisme – Age avancé |
| Déficit neurologique | – Symptômes évolutifs ou incapacitants |
| Syndrome de la queue de cheval | – Rétention urinaire – Déficit moteur multiple – Incontinence fécale – Anesthésie en selle |

L'anamnèse va également permettre d'orienter vers le caractère mécanique versus inflammatoire des douleurs (tab. 3).

Caractéristiques des douleurs organiques: mécaniques vs inflammatoires

Tableau 3: Caractéristiques des douleurs organiques.

| Douleurs mécaniques | Douleurs inflammatoires |
|------------------------------------|---|
| en charge posturale | soulagées par l'effort nocturnes avec réveil nocturne par la douleur et insomnie secondaire |
| diminuant avec l'arrêt de l'effort | non calmée par le repos |
| avec dérouillage matinal (<30 min) | raideur matinale prolongée (>30 min) |

Une description minutieuse de la douleur (début brutal/progressif, siège, irradiation, durée, diurne et/ou nocturne, intensité, circonstances, évolution, facteurs déclenchant et aggravant) permet souvent de différencier les éléments en faveur d'une origine organique ou fonctionnelle.

Une lombalgie aiguë est toujours à risque de chronicisation. Nous suggérons également un dépistage initial à la recherche de chronicisation avec le test Keele starT Back Screening Tool, autoquestionnaire très bref et validé dans plusieurs langues qui permet de quantifier rapidement ce risque de chronicisation [6].

Anamnèse: douleur structurelle vs fonctionnelle

La douleur structurelle articulaire est bien systématisée sur les plans topographiques avec des limitations globales. Au niveau rachidien, cela peut se traduire par des raideurs segmentaires difficilement réversibles. Pour l'étiologie la plus fréquemment rencontrée, la lombalgie mécanique pure correspond à la définition clinique de micro-instabilité ou insuffisance discale. En médecine manuelle, on considère que la douleur organique musculaire est provoquée par la mise sous tension du muscle et la palpation de la lésion est douloureuse sans irradiation.

D'un point de vue neurologique, les lésions organiques fréquentes sont:

- le canal lombaire étroit, fréquent au-delà de 65 ans
- le syndrome radiculaire, le plus souvent L5-S1, rare et encore plus rarement chirurgical: il est fonda-

mental de distinguer une sciatique vraie (2-4%) d'une douleur référée (96-98%) pour éviter une indication opératoire erronée, en explorant les facettes bio-psycho-sociales du patient.

La douleur fonctionnelle musculo-squelettique ne répond pas bien aux AINS et aux antalgiques, avec une aggravation selon le mouvement, souvent avec un seul axe de mouvement douloureux.



Figure 1: Pression céphalique axiale 2,5 kg env. (signe de Waddell).



Figure 2: Pseudorotation (signe de Waddell).

Le *lumbago*, terme souvent employé, est par définition fonctionnel articulaire.

En médecine manuelle, lors d'une étiologie fonctionnelle musculaire, la sollicitation du muscle concerné provoque douleurs et brûlures avec irradiations. La douleur fonctionnelle musculaire regroupe:

- les dysbalances musculaires (entre la musculature stabilisatrice et mobilisatrice, cette dernière devenant compensatrice);
- l'incompétence musculaire (faiblesse d'un groupe musculaire – essentiellement des stabilisateurs);
- et les myogéloses (ou *point trigger*) correspondant à une zone de durcissement anormale dans un muscle et provoquant des douleurs à distance (palpation d'une induration dans le muscle, qui provoque une douleur à distance).

A ne pas confondre avec un *tender point* ou point gâchette (induration localement douloureuse sans irradiation à distance).

La dysbalance musculaire peut aussi être décrite en terme de déséquilibre entre muscles phasiques affaiblis par les muscles toniques eux-mêmes raccourcis par la surcharge chronique.

Toujours en médecine manuelle, la douleur fonctionnelle neuroméningée est décrite comme une sensation de brûlures et de paresthésies locales (sans respect d'un dermatome), sans déficit neurologique objectif, qui augmente au repos et selon la position et diminue lors d'activités; elle découle de l'irritation neuro-méningée soit un conflit entre les nerfs et les poulies ostéoarticulaires causées par un mauvais glissement

des structures neurologiques qui se retrouvent comprimées.

...Poursuivons avec l'examen clinique

Nous abordons à présent la partie pratique avec nos suggestions pour l'examen clinique.

Afin de compléter l'examen clinique rhumatologique et neurologique, nous proposons d'y intégrer quelques testings issus des techniques de médecine manuelle afin d'affiner notre diagnostic et de détecter les patients potentiellement atteints de douleurs fonctionnelles.

Il est essentiel de débiter par un status rhumatologique et neurologique minutieux comprenant entre autres une mobilisation en flexion antérieure, flexion latérale, rotation, extension et l'évaluation de la distance doigt-sol.

L'examen neurologique consiste en l'appréciation de l'intégrité de la force, de la sensibilité et des réflexes ostéotendineux puis la recherche de signe médullaire avec les tests de Lasègue (sensible) et Lasègue contro-latéral (plus spécifique). Pour éviter une erreur courante, le test est considéré comme positif s'il reproduit une douleur dans le trajet radiculaire – et non dans le bas du dos ou la face postérieure des cuisses – entre 30 et 70 degrés d'élévation de la jambe. La marche sur les talons et pointes de pied permettra de vérifier les racines L4–L5 puis S1. L'extenseur propre du 1^{er} orteil doit être testé de manière séparée.

Les signes comportementaux (le terme initial de non organique doit être banni vu son écho négatif [7]) de Waddell, notamment la pression céphalique axiale (fig. 1) et la pseudorotation (positifs si générant des douleurs lombaires centrées sur L5–S1) (fig. 2), peuvent soutenir l'existence d'une composante comportementale inconsciente dans la genèse des douleurs mais en aucun cas une fabrication volontaire de la symptomatologie, et ne permettent pas eux seuls de différencier pathologie fonctionnelle versus structurelle. Chez un sujet sans comportement maladif anormal, ces manœuvres ne provoquent pas de symptomatologie lombaire isolée [8].

L'examen de la mobilité segmentaire permet d'identifier le niveau douloureux [9].

- Mobilité passive et test de provocation segmentaire (fig. 3);
- Mobilité passive et test de provocation directionnel (fig. 4).

Le *Test des Trois Phases* permet de tester l'articulation coxofémorale, la sacro-iliaque et lombaire, ce qui est utile pour différencier les causes de douleurs de la région glutéale (fig. 5).

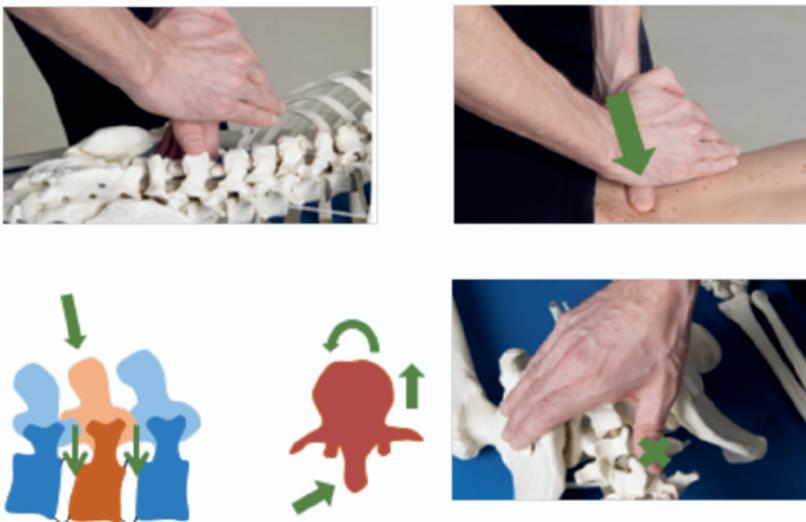


Figure 3: On pose le pouce d'une main sur l'apophyse épineuse de la vertèbre à tester, puis, avec l'autre main, on effectue un mouvement vertical vers le bas, dans un premier temps, à la recherche d'un point douloureux (test positif). Si tel est le cas, on positionne ensuite le pouce latéralement à l'apophyse en question et on effectue une pression latérale vers le bas d'un côté, puis de l'autre, à la recherche d'une direction indolore.



Figure 4: On utilise l'index et le majeur d'une main, qui sont posés de part et d'autre de l'apophyse épineuse à tester. On utilise ensuite l'autre main pour effectuer un mouvement vertical vers le bas à la recherche d'une douleur.

Une douleur à la mobilisation, se modifiant ou disparaissant dans un axe isolé, suggère plutôt une pathologie fonctionnelle.

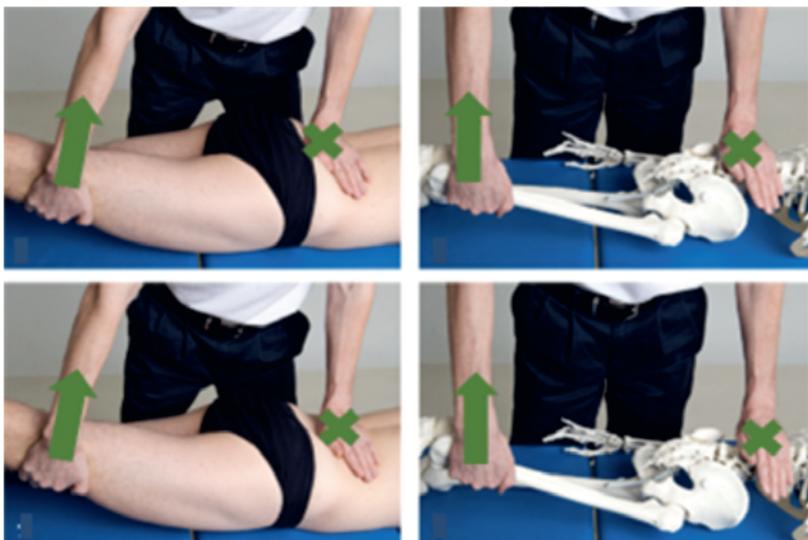


Figure 5: Lors de ce test, une main soulève le genou tandis que l'autre bloque la hanche > on teste l'articulation coxo-fémorale; en bloquant le sacrum, on teste l'articulation sacro-iliaque; en bloquant les lombaires > on teste les articulations lombaires postérieures.

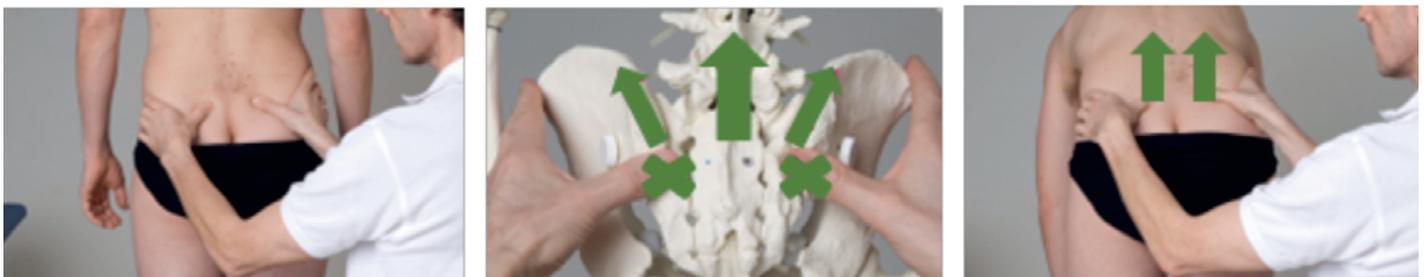


Figure 6: Phénomènes d'avancement et de recul de l'épine iliaque postéro-supérieure par rapport au sacrum.

A noter également les phénomènes d'avancement et de recul de l'épine iliaque postéro-supérieure par rapport au sacrum: lorsque le patient se penche en avant, les épines iliaques se déplacent vers l'avant de manière symétrique et reviennent en arrière lorsque le patient se redresse. On trouve une asymétrie lors de problèmes au niveau de l'articulation sacro-iliaque (fig. 6).

Un syndrome de l'articulation sacro-iliaque est à suspecter devant un patient se plaignant de lombalgies, prédominant lors de la station bipodale, en position assise et aux transitions assis-debout. Ce dernier aura également tendance à se tenir assis de travers et à dormir en décubitus latéral pour décharger la sacro-iliaque douloureuse [10].

Le syndrome de Maigne (ou syndrome de la charnière dorsolombaire) est une dysfonction D12. Comme les racines de D12 innervent le pli inguinal et le scrotum ou grande lèvre homolatérale, la douleur peut mimer une pathologie abdominale (appendicite ou hernie) ou même gynécologique (ovarienne), avec généralement une absence de douleurs au niveau du rachis.

Conclusion

L'approche clinique par la médecine manuelle et équivalente peut fournir au médecin de famille des outils pour approfondir son appréciation des affections fonctionnelles, notamment au niveau musculosquelettique.

Une bonne connaissance de ces affections fréquentes en médecine générale permet de mieux maîtriser les indications à l'orientation d'un patient auprès d'un professionnel pratiquant une thérapie manuelle, en insistant sur le fait que cette prise en charge est adressée aux patients après l'exclusion des drapeaux rouges qui justifieraient des investigations complémentaires.

Bien que reposant sur des solides bases physiopathologiques, cette discipline comporte une part importante de subjectivité liée principalement au fait que, par définition, les affections qu'elle entend diagnostiquer sont de nature fonctionnelle, donc sans forcément un substrat structurel. Dans le groupe important des «lombalgies aiguës non spécifiques», elle permet d'offrir un autre axe de prise en charge.

Une revue parue en 2014 [11] a mis en évidence des effets cliniques significatifs sur le status fonctionnel lors de lombalgies non spécifiques aiguës et chroniques à trois mois posttraitement.

Dans les recommandations d'experts allemandes, la médecine manuelle peut être appliquée dans le traitement de la lombalgie [12].

La démarche n'est pas de se substituer aux thérapeutes qui pratiquent des techniques de manipulation-mobilisation mais d'utiliser leur approche clinique des lombalgies aiguës et d'affiner notre démarche diagnostique sans avoir recours à des bilans paracliniques, avec finalement une approche différente vers la thérapeutique à proposer en dehors de l'antalgie classiquement prescrite. A noter par exemple, en mentionnant l'hypothèse du rôle du syndrome de déconditionnement en particulier des muscles extenseurs lombaires dans les lombalgies [13], qu'une physiothérapie axée sur la tonification, le rééquilibrage musculaire, le gainage et des étirements doux sera d'autant plus efficace qu'elle sera précédée par la reconnaissance de certaines dysfonctions du spectre fonctionnel qui permettra une intervention de médecine manuelle efficace.

Il nous semble important d'oser aborder le spectre des douleurs fonctionnelles avec les patients; nous pouvons citer une étude parue dans la revue *Spine* en 1986.

Les patients qui estiment avoir reçu une explication convaincante de leur douleur sont nettement moins demandeurs d'examen paracliniques que les patients insatisfaits des réponses de leur thérapeute [14].

Références

- 1 Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 2018;391(10137): 2356–67.
- 2 Wieser S. *Eur J Health Econ*. 2005.
- 3 <https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/medecine-interne-generale-ambulatoire.html>
- 4 Wermelinger F. Lombalgies: quand faut-il penser à l'imagerie? *Forum Med Suisse*. 2010.
- 5 Vivian C. Management of low back pain in occupational health consultations: Policy. *NHS PLUS*. 2010.
- 6 https://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/group/startback/translations/French%20translation_STarT%20Back%20Tool.pdf
- 7 Main CJ, Waddell G. Behavioral responses to examination. A reappraisal of the interpretation of «nonorganic signs». *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998;23(21):2367–71.
- 8 de Goumoëns P. Non organiques oui, mais pas non authentiques... *Rev Med Suisse*. 2003;1:22913.
- 9 *Manuelle Medizin SAMM, Band II*, Thieme Verlag.
- 10 Pasche O, et al. *Toolbox*. Editions Médecine & Hygiène, février 2019.
- 11 Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014 Aug 30;15:286. doi: 10.1186/1471-2474-15-286
- 12 *Kreuzschmerz, Version 2017, Nationale Versorgungsleitlinien.de*.
- 13 A reappraisal of the deconditioning hypothesis in low back pain: review of evidence from a triumvirate of research methods on specific lumbar extensor deconditioning. *Current Medical Research and Opinion*. 2014;30(5):865–911.
- 14 Deyo RA. Patient satisfaction with medical care for low backpain. *Spine*. 1986;11:28.

Correspondance:
Dr méd.

Jean-Dominique Lavanchy
Méd. Gén. FMH, médecine
manuelle SAMM
Chemin du petit Marais 10
CH-1462 Yvonand
dominique.lavanchy[at]
bluwin.ch