



Rachis douloureux chronique dégénératif: place de l'Orthèse de tronc et de la rééducation

Benoite LASSALLE, médecin MPR

CHRU, Nancy

Douleur en santé mentale, 18 octobre 2022



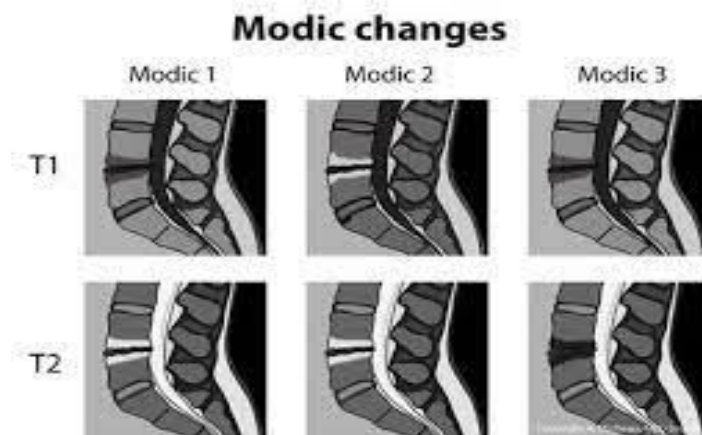
Introduction

- Corset et lombalgies chroniques: plusieurs écoles et pratiques différentes.
- Aucune donnée fiable dans la littérature; pas de recommandations officielles.
- Hypothèse mécanique : association entre les lésions Modic (type 1 et 2) et les discopathies dégénératives.
- Comment s'y retrouver ?
- Quelle prise en charge proposer?



Introduction

- La lombalgie chronique peut-être associée à une discopathie active.
- En 1988, Modic et al.(1) ont décrit des anomalies de signal des plateaux vertébraux adjacents aux discopathies dégénératives.
- Objectif du traitement:** réduire l'intensité des symptômes lors de la phase active de la maladie et accélérer la transformation d'une discopathie active (Modic 1) vers une discopathie non active (Modic 0, 2 ou 3) potentiellement moins pourvoyeuse de douleur.



Place de l'orthèse de tronc dans la lombalgie

- Rares études évaluant l'efficacité du port d'une contention lombaire rigide chez des patients ayant une lombalgie chronique associée à une discopathie active.
- Evaluation de l'immobilisation dans un contexte pré-chirurgical; l'effet positif apporté par l'immobilisation pouvant être prédictif d'un bon résultat chirurgical (Eck- Michaud, 1997; Willems PC et al,1997) (2,3).
- Boutevillain et al.(4), 2019: étude rétrospective sur l'efficacité du port d'une contention lombaire rigide sur mesure chez des patients souffrant de lombalgie chronique associée à une discopathie active.(critère de jugement principal: diminution de la douleur $\geq 30\%$; 62 patients).
- Après 3 mois de port de corset: 79% des patients ont eu une amélioration de leur douleur.
- 2 mois après le sevrage du corset,30 patients sur 46 (16 données manquantes) ont présenté une récurrence des symptômes. Aucun critère socioprofessionnel, clinique ou radiologique prédictif d'efficacité du corset n'a été mis en évidence de manière significative.

Place de l'orthèse de tronc dans la lombalgie

- Bon rapport bénéfice/ risque: une revue systématique de la littérature récente a rappelé l'absence de risque d'amyotrophie des muscles du tronc après port d'une orthèse lombosacrée (5).
- Principale contre-indication: poids extrêmes.
- Pas de stratégie de sevrage progressif du corset sous couvert d'une rééducation bien conduite(6).

Proposition thérapeutique: HDJ rachis dégénératif

PROFIL PATIENT

- Patients présentant un rachis douloureux dégénératif (discopathie unique ou multiples (MODIC 1++, douleurs post arthrodèse, post vertébroplastie(s)...) indiqué pour la mise en place d'un traitement par corset.
- Corset prescrit à titre antalgique et/ou simulation d'arthrodèse en fonction du contexte médical (pas de corset correctif)
- Patients adressés par le service de neurochirurgie, de radiologie, les autres médecins hospitaliers, les médecins de ville généralistes ou spécialistes...
- Patients non indiqués pour un centre MPR (comorbidités, pas de problématique professionnelle, PEC déjà effectuée...)



PARCOURS PATIENT

TEMPS 1 : Consultation MPR isolée de départ :

- Indication posée de la mise en place d'une immobilisation par orthèse de tronc au décours de la consultation (diagnostic étiologique de la lombalgie; IRM de préférence).
- Prescription de l'appareillage en fonction de l'examen clinique et le niveau lésionnel :
 - A réaliser chez un orthoprothésiste indépendant ou lombostat en résine provisoire qui sera réaliser au centre Louis Pierquin (dépend de l'indication et adresse du patient)

TEMPS 2 : Consultation MPR de contrôle : à 1 mois après la réalisation du corset

-En fonction de l'examen clinique avec analyse de la tolérance et efficacité antalgique apportée par le corset :

-Prescription d'un bilan en kinésithérapie: pour apprentissages d'exercices d'éducation posturale et économie rachidienne avec et sans corset, travail de la respiration, assouplissement des droits fémoraux, ischio-jambiers, bilan de l'équilibre...éventuelles adaptation d'aides techniques à la marche.

-Prescription d'un bilan en ergothérapie: pour apprentissage de la tolérance du corset au cours de activités de la vie journalière, adaptation d'aide technique éventuelle pour le domicile et conseils au quotidien, bilan dans un simulateur de logement (suivi de l'envoi des préconisations par mail).





TEMPS 3 : réalisation du bilan en kinésithérapie et ergothérapie suivi d'une synthèse avec le médecin MPR au décours des 2 bilans le même jour.

TEMPS optionnel : Parfois, proposition d'une courte prise en charge en externe (1 à 2 séances) si besoin en fonction des bilans réalisés au décours de la synthèse: soins ambulatoires kinésithérapie (TENS éventuel) ou ergothérapie ou association des deux.

TEMPS 4 : Consultation MPR de contrôle à 6 semaines du précédent bilan : évaluation de la prise en charge proposée (mise en place des recommandations, démarches administratives, achats d'aides techniques...), +/- relais en kinésithérapie libérale, +/- CS MPR de contrôle à distance (sevrage, corset définitif ? En relais du lombostat en résine).

Conclusion



Immobiliser pour mieux bouger!

Un bon corset doit être toléré, porté et réclamé

Bon rapport bénéfice-risque de l'orthèse de tronc

Nécessité d'une bonne compliance de la part du patient

Prise en charge globale utile surtout pour les patients fragiles

Nécessité d'études plus approfondies pour valider nos expériences cliniques



Bibliographie



1-Modic MT et al. Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging. Radiology 1988;166(1 Pt 1):193-9.

2-Eck-Michaud S et al. Interet d'un test d'immobilisation par lombostat-bermuda avant arthrodèse lombo-sacrée. Rachis 1997;9:159-64.

3-Willems PC et al. The value of a pantalon cast test in surgical decision making for chronic low back pain patients: a systematic review of the literature supplemented with a prospective cohort study. Eur Spine J 2006;15(10):1487-94.

4- Boutevillain L et al. Short-term pain evolution in chronic low back pain with Modic type 1 changes treated by a lumbar rigid brace. A retrospective study. Ann Phys Rehabil Med 2019;62 (1):3-7.

5-Azadinia F et al. Can lumbosacral orthoses cause trunk muscle weakness? A systematic review of literature. Spine J 2017;17(4):589-602.

6-Coudeyre E, Daste C, Boisson M, Lefèvre-Colau MM, Rannou F, Nguyen C. Point sur le traitement conservateur de la discopathie active: pourquoi immobiliser? Pourquoi infiltrer? Actualités en Médecine Physique et de Réadaptation janvier-juin 2020 ;42-44.