Bull. Acad. Natle Méd., 2015, *199*, nos 8-9, 1367-1382, séance du 8 décembre 2015

COMMUNICATION

Faut-il opérer la lombalgie chronique ? La chirurgie fait elle mieux que le traitement conservateur ?

Mots-clés : Lombalgie. Maladie chronique. Rééducation et réadaptation. Chirurgie

Surgery for chronic low back pain: good option? Better than conservative treatment?

Key-words: Low back pain. Chronic disease. Rehabilitation. Surgery

Jean Marc VITAL *, Mehdi BOUDISSA *, Matthieu CAMPANA *

RÉSUMÉ

Le but de cet article est de savoir s'il y a, au travers de la littérature et de notre expérience, une place raisonnable pour la chirurgie de la lombalgie chronique commune ou dégénérative. Le point de départ de la lombalgie est certes dominée par le disque inter-vertébral et les articulaires postérieures, mais il est souvent difficile à déterminer, ce d'autant que la douleur psychogène vient parfois amplifier la gêne clinique. Une évaluation clinique, psychologique et professionnelle précise associée à des examens complémentaires dominés par l'IRM pour reconnaître une discopathie inflammatoire et le système EOS pour évaluer l'équilibre sagittal conduiront dans notre expérience à une indication chirurgicale dans seulement 5 % des patients vus en consultation chirurgicale. La chirurgie cherchera alors à court-circuiter idéalement un, voire 2 segments intervertébraux, par une fixation rigide classique (ou arthrodèse) ou une fixation souple (prothèse ou ligament), techniques plus récentes, dont l'effet préventif sur le vieillissement accéléré des segments adjacents semble finalement modéré. Tout le problème est de comparer en terme de résultats la chirurgie au traitement conservateur : grâce à l'analyse de publications relatant des études randomisées comparatives et à une étude propre du Service nous pouvons dire que la chirurgie a une petite place par rapport aux autres prises en charges physiques et cognitivo-comportementales, mais une place efficace sur un patient bien sélectionné.

* Unité Rachis, 1 Hopital Tripode, CHU Bordeaux

Tirés à part : Professeur Jean Marc Vital, même adresse
Article reçu le 1er juin 2015, accepté le 23 novembre 2015

Bull. Acad. Natle Méd., 2015, *199*, nos 8-9, 1367-1382, séance du 8 décembre 2015

SUMMARY

The goal of this article is to assess, using the literature and our own experience, whether surgery is a reasonable option in the management of non-specific or degenerative chronic low back pain. The usual starting points for low back pain are without doubt the intervertebral disc and the facet joints, but the actual etiology is often difficult to determine. Moreover, psychogenic factors may amplify clinical symptoms. In our experience, thorough clinical, psychological, and socioprofessional assessment along with relevant imaging studies, particularly MRI to look for inflammatory disc disease and EOS system to evaluate sagittal balance, leads to surgical indication in only 5 % of the patients with chronic low back pain. In these cases, surgery is aimed at short-circuiting ideally one, but sometimes two, intervertebral segment by a conventional rigid fixation (arthrodesis), or by more recent non-rigid fixation techniques (disc replacement or interspinous dynamic stabilization). Their preventive effect on accelerated degeneration of adjacent segment appears to be moderate at best. The problem is to compare the results of surgical and conservative treatment: The analysis of publications concerning comparative randomized studies and personal studies shows that surgery is useful in only a small proportion of well selected patients with chronic low back pain, compared with physical and cognitive-behavioral management techniques

INTRODUCTION

Cet article cherche à préciser les indications de la chirurgie dans le cadre de la lombalgie chronique dite commune (ou dégénérative) c'est-à-dire en rapport uniquement avec l'usure et le vieillissement de la colonne.

On verra que grâce à l'application des autres thérapeutiques possibles et à une meilleure sélection du patient, tant sur le plan clinique, psychologique que paraclinique, on peut obtenir de bons résultats sur un petit nombre de patients très sélectionnés.

DÉFINITIONS, GÉNÉRALITÉS

La lombalgie se définit comme une douleur située en région lombaire.

Il faut d'emblée opposer la **lombalgie aiguë** qui est schématiquement d'origine discale ou articulaire postérieure et la **lombalgie chronique** qui gêne le patient pendant plus de trois mois selon la société française de rhumatologie (SFR) ou plus de six semaines selon les Canadiens (Quebec Task Force) avec possibilité d'acutisation invalidante et d'irradiation dans les fesses, les plis de l'aisne, voire les cuisses, mais sans dépasser les genoux.

Cette lombalgie aiguë est d'une extrême fréquence puisqu'on estime que la prévalence annuelle est de 35 à 50 % et que la prévalence pendant la vie entière est de 60 %.

La lombalgie devient chronique seulement dans 7 à 10 % des cas mais représente 70 à 80 % des coûts.

Cette lombalgie chronique entraîne 9 % des consultations de médecine, 8 % des actes diagnostiques, 30 % des actes de kinésithérapie et constitue la première cause d'accident de travail et d'invalidité avant 45 ans.

Elle a longtemps été intitulée « mal du siècle » ; en réalité il s'agit d'un « mal des sociétés industrialisées » puisqu'on sait que la fréquence de la lombalgie chronique est beaucoup plus faible, voire inexistante, dans les pays en voie de développement.

Dans cet exposé nous ne parlerons pas des lombo-radiculalgies consécutives à des compressions radiculaires et dont le traitement chirurgical est bien établi lorsqu'il y a échec du traitement conservateur.

Nous parlerons plutôt de la **lombalgie prédominante commune** s'exprimant dans la pathologie dégénérative c'est-à-dire arthrosique ou due au vieillissement, qui doit être opposée à la **lombalgie secondaire** en rapport avec une tumeur ou une infection, situation qui sera éliminée chez le sujet de plus de 50 ans par la réalisation d'une I.R.M incontournable et précoce.

La table ronde de la SOFCOT 2014 sur le sujet distingue ainsi 3 types de lombalgie chronique : la lombalgie dégénérative ou commune que nous détaillerons ici, la lombalgie non dégénérative ou secondaire et la lombalgie d'origine indéterminée dont on ne trouve pas la cause anatomique.

Tout le problème est de savoir d'où vient la douleur et ce qui fait mal. Les structures rachidiennes sont très innervées que ce soient les muscles, les ligaments, les capsules articulaires mais prédominent les douleurs provenant soit des articulaires postérieures, soit surtout du disque intervertébral et des plateaux vertébraux adjacents.

Sur un plan général on distingue la **douleur nociceptive** qui est un rapport avec une lésion tissulaire précise, la **douleur neurogène** qui est en rapport avec une lésion d'une racine ou d'un tronc nerveux avec 2 modes d'expression :

— la **douleur neurogène rapportée** en rapport avec une atteinte du rameau antérieur des racines et avec une expression métamérique crurale ou sciatique.
— la **douleur neurogène référée** en rapport avec une irritation du rameau postérieur : l'influx nociceptif rejoint le tronc nerveux et le patient ressent une douleur dans le territoire métamérique alors que le point de départ est articulaire postérieur (c'est le « facet syndrome »).

Enfin la **douleur psychogène** est rarement isolée mais vient intensifier l'une des douleurs précédemment décrites.

La personnalité de l'individu peut l'orienter vers la lombalgie chronique ; on oppose en effet sur le plan comportemental des individus qui ont un contrôle interne c'est-à-dire qui ont une capacité à réagir en trouvant leurs propres solutions devant une agression physique ou psychologique (on parle de réactivité, de coping, ou de résilience) et à l'opposé les individus qui ont un lieu de contrôle externe avec impossibilité de trouver des solutions personnelles aux agressions et qui basculent plus facilement vers la chronicité.

Selon Hartvigsen [1] la prévalence de la lombalgie chronique augmente avec l'âge puisqu'elle est de 25 % après 65 ans.

ÉVALUATION DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE

Il s'agit d'évaluer à la fois la lésion et ses conséquences sur le plan clinique et sur le plan psychologique et le contexte général dans lequel vit le patient.

Examen clinique

Il y a peu de signes physiques spécifiques de la lombalgie chronique ; de façon très théorique en opposera une douleur plutôt articulaire postérieure quand elle est aggravée en extension et une douleur plutôt discale quand elle est aggravée en flexion.

Le patient dessinera sur un schéma spécifique la topographie de sa douleur et en évaluera l'intensité selon l'échelle visuelle de la douleur (EVA lombaire et éventuellement EVA radiculaire)

Il existe des scores spécifiques pour évaluer surtout le retentissement sur la vie quotidienne de cette lombalgie chronique : le score de Québec qui comporte 20 questions sur les activités de la vie quotidienne est probablement le plus intéressant à ce sujet (figure 1).

	Aucune difficulté	Très peu difficile	Un peu difficile	Difficile	Très difficile	Incapable
1. Sortir du lit.	0	1	2	3	4	5
2. Dormir toute la nuit.	0	1	2	3	4	5
3. Vous retourner dans le lit.	0	1	2	3	4	5
4. Vous promener en voiture.	0	1	2	3	4	5
5. Rester debout pendant 20 à 30 minutes.	0	1	2	3	4	5
6. Rester assis sur une chaise pendant plusieurs heures.	0	1	2	3	4	5
7. Monter un étage d'escalier.	0	1	2	3	4	5
8. Marcher quelques coins de rue.	0	1	2	3	4	5
9. Marcher plusieurs kilomètres.	0	1	2	3	4	5
10. Atteindre un objet sur une tablette élevée.	0	1	2	3	4	5
11. Lancer une balle.	0	1	2	3	4	5
12. Courir un coin de rue.	0	1	2	3	4	5
13. Sortir des aliments du réfrigérateur.	0	1	2	3	4	5
14. Faire votre lit.	0	1	2	3	4	5
15. Mettre vos chaussettes ou vos bas.	0	1	2	3	4	5
16. Vous pencher pour laver le bain.	0	1	2	3	4	5
17. Déplacer une chaise.	0	1	2	3	4	5
18. Tirer ou pousser des portes lourdes.	0	1	2	3	4	5
19. Transporter deux sacs d'épicerie.	0	1	2	3	4	5
20. Soulever et transporter une grosse valise.	0	1	2	3	4	5

Calcul du pointage : additionner toutes les lignes. Total possible sur 100 : _____

Traduit et adapté de : Kopec JA et coll. The Quebec back pain disability scale : measurement properties. Spine 1995;20:341-352.

FIG. 1. — Score de Québec

Évaluation du contexte psycho-professionnel et familial

Elle est indispensable parallèlement à cette évaluation des troubles organiques précédemment décrits.

Trois scores ou questionnaires d'ordre plutôt psychologique sont classiquement proposés dans cette pathologie : l'HAD (Hospital Anxiety and Depression), échelle d'anxiété et de dépression, le FABQ-W (Fear Avoidance Belief Questionnaire-Work) de Waddell qui explore les croyances concernant l'activité physique et le travail et le CSQ (Coping Strategy Questionnaire), autoquestionnaire qui permet de reconnaître les stratégies de gestion qu'utilise le patient pour faire face à un stress douloureux.

Dans la lombalgie chronique on retrouvera souvent des éléments observés dans d'autres affections chroniques comme la fibromyalgie : douleurs diffuses est variables, expression clinique exagérée, échec des traitements classiques, troubles du sommeil et de l' attention, fatigue générale, palpitations et troubles vaso-moteurs.

Sont favorisants au passage à la chronicité : le tabagisme ou autre addiction, l'insatisfaction au travail, un accident du travail, un litige avec l'employeur, un bas niveau scolaire, un bas niveau de ressources, une faible activité physique, un état dépressif ; on arrive à une véritable spirale de l'inactivité avec douleurs lombaires entraînant une anxiété, une sédentarisation, un évitement, un déconditionnement, un catastrophisme, une anxiété et une dépression pour finir par une désocialisation (Valat [2], Nguyen [3]).

L'idéal est de ré-évaluer le patient au moins une ou 2 fois après la première consultation afin de s'assurer que toutes les méthodes conservatrices ont été tentées ce qui fait qu'une indication chirurgicale qui ne devrait pas être portée avant une année de lombalgie invalidante.

Évaluation paraclinique

Elle est indispensable pour essayer de trouver des éléments organiques expliquant des signes cliniques, on l'a vu, souvent peu objectifs.

Sur le plan radiologique, les **radios simples** centrées sur la région lombaire permettront d'éliminer une lésion secondaire mais aussi de reconnaître des signes d'instabilité rachidienne (spondylolisthésis par lyse isthmique ou dégénératif, rétrolisthésis, scoliose, situations particulières dont nous ne parlerons pas ici).

Les **clichés EOS** permettent une appréciation de l'ensemble du squelette et principalement de l'équilibre sagittal pour 2 raisons : le déséquilibre antérieur peut entrainer à lui seul des lombalgies par traction sur les muscles et les ligaments et le traitement chirurgical cherchera à corriger au mieux ce déséquilibre grâce à une fusion en lordose.

Les clichés dynamiques chercheront une instabilité, plutôt rare dans ce contexte dégénératif où on observe plus régulièrement un enraidissement.

La **tomodensitométrie** permet de d'évaluer l'arthrose articulaire postérieure, la présence éventuelle d'un bombement discal ou d'air dans le disque.

En fait l'examen le plus sensible et le plus spécifique est l'**I.R.M.** qui permet d'apprécier le degré de dégénérescence discale selon la classification de Pfirrmann [4] et surtout la présence d'une atteinte des plateaux cartilagineux et de l'os sous chondral selon la classification de Modic [5] : la présence d'œdème autour des plateaux cartilagineux signe une inflammation et est corrélée à une gêne lombaire importante (signal de Modic 1, figure 2). Le signal de Modic 1-2, intermédiaire entre le signal inflammatoire Modic 1 et le signal graisseux Modic 2 correspond à une phase d' évolution entre ces 2 stades et entraine souvent une gêne importante chez le patient. Enfin l'I.R.M. permettra de reconnaître le degré de dégénérescence graisseuse du multifidus.



Fig. 2. — Discopathie Inflammatoire, type Modic 1.

Des **tests d'infiltration** permettront en dernier recours d'essayer de reproduire la douleur et éventuellement d'améliorer le patient ; il peut s'agir d'infiltrations articulaires postérieures ou du disque (discographie, très étudiée par Caragee [6] qui reconnaît que cet examen devient difficile d'interprétation chez les sujets présentant une hypersensibilité à la douleur ou des litiges professionnels).

Nous avons abandonné les **tests d'immobilisation** par corset (qui devrait prendre la cuisse pour évaluer la charnière lombo-sacrée) ou par fixateur externe, comme le proposait l'école suisse, devant l'agressivité de la méthode.

TRAITEMENTS DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE

Les traitements sont très nombreux et relèvent de beaucoup de spécialités médicales ou paramédicales.

Le **traitement médicamenteux** comprendra la prise d'antalgiques initialement de classe 2 associés à des anti-inflammatoires, de morphiniques s'il y a échec, de myorelaxants, voire d' antidépresseur à faible dose.

La **rééducation** a une place prépondérante pour aller dans le sens du reconditionnement physique ou de la re-stabilisation active. L'objectif est triple : assouplir principalement les muscles sous pelviens, renforcer les muscles du tronc (gainage), travailler la proprioception.

Le renforcement musculaire et probablement l'élément le plus important avec des techniques diverses (renforcement en cyphose de Williams, renforcement en lordose de Mac Kenzie, renforcement en position intermédiaire de Troisier).

La technique de rééducation globale de Mézières peut être appliquée dans ces lombalgies chroniques.

Les manipulations selon la technique de Maigne ont surtout un intérêt dans le lumbago aigu.

L'ostéopathie et les techniques apparentées ont un effet modéré dans le cadre de la lombalgie chronique.

Par contre les techniques cognitivo-comportementales peuvent être proposées et chercheront à lutter contre les croyances anxiogènes.

Enfin il faut parfois envisager dans ces formes chroniques une prise en charge globale multidisciplinaire, comme elle peut être opposée dans les **écoles du dos**, structures initialement développée au Canada et aux États-Unis et en général bien structurées en France dans des centres de rééducation. Mayer aux États Unis défend depuis 1985 cet entraînement et reconditionnement l'effort car pour lui « se reposer c'est se rouiller », le but essentiel, après passage d'un contrat avec le lombalgique et les caisses étant de reconduire le sujet jeune à son travail.

Pour résumer cette prise en charge physique dans la lombalgie chronique et après un suivi d'un grand nombre de patients, pendant de nombreuses années dans notre Unité de Rachis on estime que la re-stabilisation active conduit à un succès dans 20 % des cas. Parmi les 80 % d'échec, 75 % des patients peu motivés, présentant des problèmes socioprofessionnels et plusieurs niveaux intervertébraux altérés devront poursuivre le traitement conservateur. Par contre pour les 5 % de cas de patients

motivés, présentant peu de problèmes socioprofessionnels, avec peu de niveaux intervertébraux atteints, la chirurgie peut être proposée : aux moins de 60 ans on peut proposer une stabilisation chirurgicale dynamique par prothèse ou plus rarement ligament inter-épineux et aux plus de 60 ans on proposera plutôt une fusion intervertébrale. La re-stabilisation active sera à poursuivre même chez ces opérés (figures 3 et 4).Nous terminerons cet article sur la comparaison des résultats obtenus par le traitement conservateur rééducatif et le traitement chirurgical au travers d'une étude d Service et de la littérature.

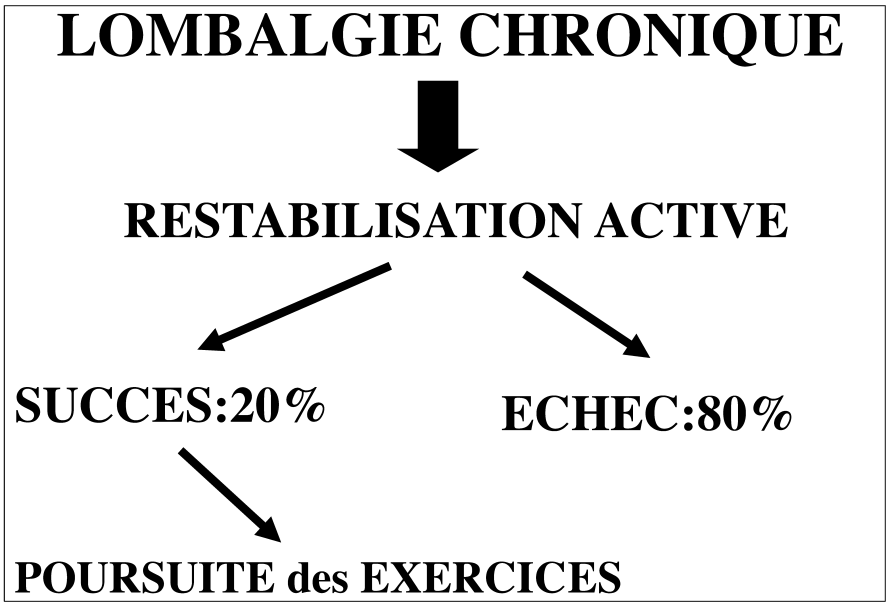


Fig. 3. — Algorithme 1 de prise en charge dans le Service.

Avant de parler de la chirurgie on peut décrire les **techniques percutanées** qui cherchent à dénerver les articulaires postérieures (thermo ou rhizolyse) ou le disque :

— nuclétomie ou nucléo-aspiration utilisées plutôt en cas de lombo-radiculalgie pour diminuer le volume de la compression herniaire,
— laser, abandonné car trop agressif pour l'annulus et les plateaux vertébraux,
— électrocoagulation de l'annulus (intra discal electro therapy ou IDET),
— injection de gel à l'éthanol.

Toutes ces techniques percutanées sont moins agressives que la chirurgie mais ont souvent un effet transitoire.

La chirurgie du lombalgie chronique est donc rare dans le cadre de la lombalgie commune et constitue le dernier recours (Fritzell [7]). Son but principal est de

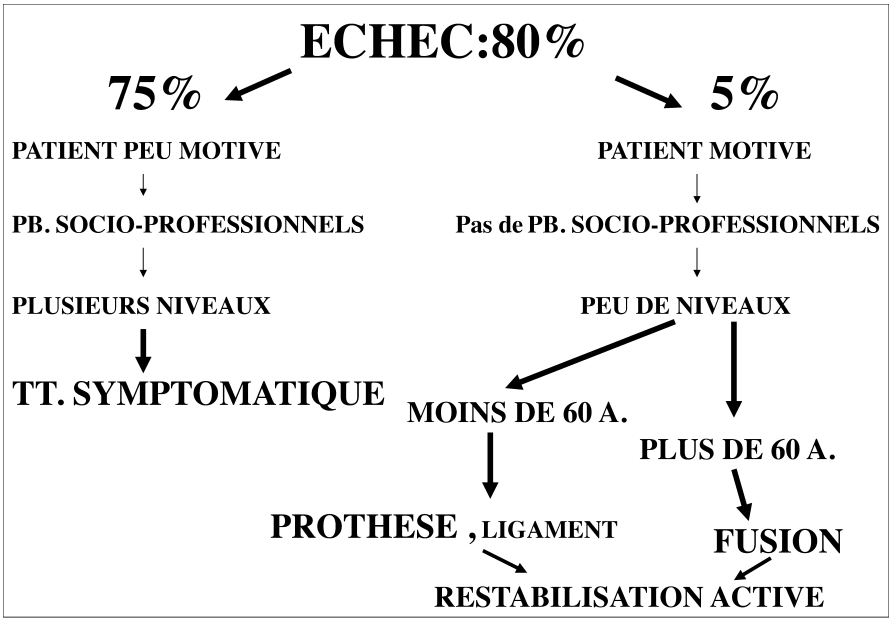


Fig. 4. — Algorithme 2 prise en charge dans le Service.

court-circuiter le ou les segment douloureux soit en supprimant la zone algogène (disque et plateaux vertébraux le plus souvent) et/ou en re-stabilisant lorsqu'il y a une véritable instabilité antéro-postérieure dans le cadre d'un spondylolisthésis par lyse isthmique ou dégénératif (mais il y a dans ces situations des douleurs radiculaires associées) ou dans le cas d'une instabilité verticale par défaut d'amortissement du disque avec notamment le signal de Modic 1 inflammatoire qui constitue une indication validée pour la chirurgie (Vital [8]. En 2003 nous avons en effet démontré le bon résultat clinique des fusions chez des patients porteurs de discopathies inflammatoires type Modic 1 et le passage au stade Modic 2 graisseux, correspondant à une cicatrisation du disque et des plateaux vertébraux, sur des contrôles en IRM à 6 mois.

L'indication compte beaucoup plus que la technique dans la qualité des résultats.

On pourra réaliser une **arthrodèse** par voie postérieure ou antérieure (voire combinée) en associant ostéosynthèse et greffe osseuse (figure 5). Cette arthrodèse doit être la plus lordosante possible pour maintenir l'équilibre sagittal.

Connaissant le risque de pathologie des segments adjacents c'est-à-dire d'usure des segments situés directement à proximité de la zone arthrodésée, phénomène qui est dû au différentiel d'amortissement et de mobilité, on peut proposer chez

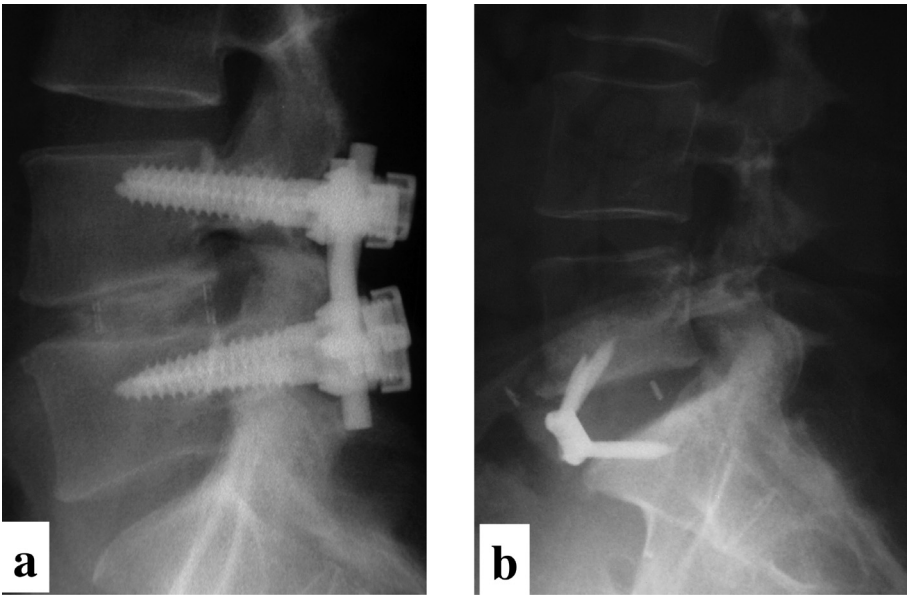


FIG. 5. — Fusion rigide par voie postérieure avec vis et cage (a) et par voie antérieure par cage vissée (b)

le sujet jeune des techniques de stabilisation souple. Il en existe deux types principaux : les ligaments soit inter-épineux soit interpédiculaires posés par voie postérieure et les prothèses discales totales qui sont posées après ablation totale du disque par voie antérieure rétro-péritonéale (figure 6).

Sénégas [9] a proposé en 1985 un ligament inter-épineux rarement proposé dans la lombalgie pure mais plutôt dans les cas de lombo-radiculalgies en complément à une décompression chez le jeune et dans des situations anatomiques particulières (récidive de hernie, anomalies de charnière lombo-sacrée, hernie lombaire sténosante)

Notre expérience dans les prothèses lombaires est retranscrite dans la thèse de Cursolle [10] qui note des suites immédiates plus simples dans le cas de prothèse que dans celui de l'arthrodèse mais peu de différence sur le plan clinique à 6 mois. La diminution du taux de pathologie de segments adjacents n'a pas paru évident, chez ces opérés jeunes, le plus souvent prothésés à un seul niveau si bien que nos indications de prothèses lombaires ont diminué malgré un remboursement du matériel pas la sécurité sociale maintenant possible.

De nombreux articles ont essayé de comparer les prothèses aux arthrodèses : Jacobs [11] dans une revue Cochrane sur le sujet a noté que les deux techniques avaient le même résultat initial mais que la diminution des syndromes adjacents dans les prothèses n'était pas prouvée.

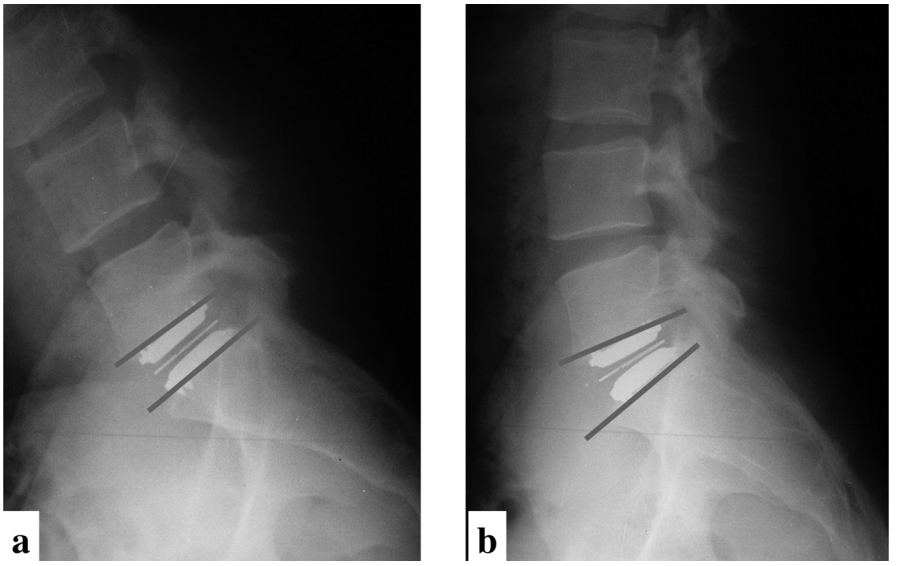


FIG. 6. — Prothèse discale L5S1 en flexion (a) et extension (b)

L'effet de la chirurgie (Carragee [12]) est dominé par la dénervation soit postérieure soit antérieure selon la technique réalisée, par l'effet mécanique (notamment anti-piston) dans les cas d'instabilité, et sans doute par l'effet de reconnaissance assez fort que constitue l'acte chirurgical pour un lombalgique chronique puisqu' enfin la chirurgie pratiquée permet au sujet de se projeter vers le mieux et de faire reconnaître à son entourage qu'il présentait une lésion « authentique ».

COMPARAISON TRAITEMENT CONSERVATEUR VERSUS TRAITEMENT CHIRURGICAL

De nombreux articles ont comparés l'efficacité de la chirurgie à celle d'une réhabilitation avec des techniques à la fois physiques et/ou comportementales et sont présentés ici par ordre chronologique.

Fritzell [13] en 2001 relate une étude multicentrique suédoise comparant l'arthrodèse à un programme de rééducation plutôt simple : les critères d'EVA, de score d'Oswestry sont meilleurs après la chirurgie mais on notera un protocole de rééducation trop léger et parfois mal suivi.

Brox [14] dans une étude multicentrique norvégienne compare chirurgie et rééducation cognitive + exercices physiques 3 fois par semaine : il n'y a pas de différence dans les résultats.

Fairbank [15] dans une étude multicentrique en Grande Bretagne montre que la rééducation cognitivo-comportementale proposée est aussi efficace que la chirurgie.

Mirza [16] dans une analyse de 5 articles sur le sujet montre qu'il y a peu différence entre chirurgie et rééducation, si cette dernière est bien conduite.

Plus récemment Chou [17] dans une revue bibliographique reconnaît un gain légèrement supérieur chez les opérés bien sélectionnés.

Frodhodt [18] et Mannion [19] voient peu de différence entre les 2 groupes rééducation-chirurgie sur des séries randomisées et avec un long recul.

Enfin Mayer [20] voit un intérêt à associer la réhabilitation après la chirurgie chez les travailleurs lombalgiques.

Nous venons de terminer dans le service une étude comparative entre le traitement conservateur comprenant une prise en charge en école du dos pendant 3 semaines suivie d'un suivi rééducatif pendant 3 mois et une chirurgie lombaire basse pour lombalgie chronique. Il s'agit donc d'une étude mono-centrique, randomisée de 30 patients opérés à un niveau (groupe C, comme chirurgie avec 20 fusions et 10 prothèses), âgés de 18 à 55 ans, en activité professionnelle contre 30 patients pris en charge en école du dos (groupe ED).

Entre les groupes C et ED, il n'y avait pas de différence de sex ratio, d'IMC, d'activité professionnelle. Il n'y a pas eu de changement de groupe pendant l'étude (notamment passage du groupe ED vers le groupe C).

Tous les patients souffraient d'un lombalgie depuis plus d'un an, résistante au traitement médical classique (antalgiques classe 2, anti-inflammatoires et rééducation conventionnelle).

Le bilan pré-opératoire complet décrit plus haut était requis, notamment avec l'IRM et l'appréciation du signal de Modic.

L'évaluation à 6 mois, un an et 2 ans a été réalisée sur l'EVA lombaire, le score d'Oswestry, le score de Québec, la reprise de travail par un observateur, rhumatologue, indépendant.

Les résultats sont les suivants :

— l'EVA lombaire passe de 8 à 5 dans le groupe C et de 7 à 4 dans le groupe ED.
— le score d'Oswestry passe de 50 à 30 dans le groupe C et de 55 à 32 dans le groupe ED.
— le sore de Québec passe de 80 à 10 dans le groupe C et de 76 à 12 dans le groupe ED ; c'est le score qui nous a paru le plus sensible aux variations d'état clinique en pré et post-opératoire.
— la reprise de travail se fait 20 fois /30 dans le groupe C et 22 fois/30 dans le groupe ED avec une reprise plus précoce dans le groupe C (12 mois contre 16 mois).
— le reclassement s'est fait 5 fois/30 dans le groupe C et 3 fois/30 dans le groupe ED.
— il n'y a pas de reprise de travail 5 fois/30 dans les 2 groupes.

Dans le groupe C les bons résultats sont plus fréquents et plus précoces quand le sujet est porteur d'un signal inflammatoire des plateaux vertébraux (signal de

Modic 1 ou signal de Modic1-2 qui correspond à un signal de Modic 1 non encore cicatrisé). La chirurgie qui consiste à supprimer cette lésion inflammatoire par voie antérieure ou à la court-circuiter par la fixation postérieure [10] est plus efficace que le traitement conservateur.

EN CONCLUSION

La lombalgie chronique commune (ou dégénérative) est un symptôme complexe qui ne peut avoir un traitement unique.

L'évaluation clinique et paraclinique de ce symptôme complexe a fait des progrès, notamment avec l'I.R.M.

Le soignant doit avoir un discours positif en expliquant au patient qu'il peut mieux contrôler sa lombalgie, voire l'oublier, si tout est mis en place autour de lui pour qu'il stabilise sa colonne et qu'elle soit le moins sollicitée possible.

La chirurgie, qui consiste à court-circuiter un ou plusieurs segments intervertébraux « douloureux », doit être la plus conservatrice possible et reste une exception.

La prise en charge de ces patients difficiles doit rester multidisciplinaire et concernée.

La réinsertion socioprofessionnelle doit rester le but essentiel : le chirurgien a une petite place à côté des autres nombreux spécialistes qui sont autour du lombalgique : le médecin traitant, l'assistante sociale, le médecin du travail et le médecin-conseil.

RÉFÉRENCES

[1] Hartvigsen J., Christensen K., Frederiksen H. Back pain remains a common symptom in old age. A population-based study of 4486 Danish twins aged 70-102. Eur. Spine J. 2003;12:528-34.

[2] Valat J.P. Factors involved in progression to chronicity of mechanical back pain. Joint Bone Spine 2005;72:193-5.

[3] Nguyen C., Poiraudeau S., Revel M., Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Rev. Rhum. 2009;76:537-42.

[4] Pfirrmann CWA, Metzdorf A, Zanetti M, Hodler J., Boos N. Magnetic resonance classification of lumbar intervertebral disc degeneration. Spine 2001;26: 1873-8.

[5] Modic M, Masaryk TJ, Ross JS, Carter JR. Imaging of degenerative disc disease. Radiology 1988;168:177-86.

[6] Carragee E.J., Tanner C.M., Khurana S., Hayward C., Welsh J., Date E., Truong T., Rossi M., Hagle C. The rates of false-positive lumbar discography in select patients without low back symptoms. Spine 2000;11:1373-81.

[7] Fritzell P. Fusion as treatment for chronic low back pain — existing evidence, the scientific frontier and research strategies. Eur. Spine J. 2005;14:519-20.

[8] Vital J.M., Gille O, Pointillart V, Pedram M, Bacon P, Razanabola F, Schaelderle C, Azzouz S. Course of modic 1 six months after lumbar posterior osteosynthesis. Spine. 2003;28:15-20.

[9] Senegas J., Vital J.M., Pointillart V., Mangione P. Long-term actuarial survivorship analysis of an interspinous stabilization system. Eur. Spine J. 2007;16:1279-87.

[10] Cursolle J. C. La prothèse discale lombaire. Résultats cliniques et radiologiques d'une série de 124 patients. Thèse de médecine de Bordeaux no 3080, 2007.

[11] Jacobs W.C.H., Van Der Gaag N.A., Kruyt M.C., Tuschel A., de Kleuver A., Peul W.C., Verbout A.J. Total disc replacement for chronic discogenic low back pain. A Cochrane review. Spine. 2012;1:23-36.

[12] Carragee E. J. The role of surgery in low back pain. Current Orthopaedics 2007;21:9-16.

[13] Fritzell P., Hägg O., Wessberg P., Nordwall A. Swedish Lumbar Spine Study Group. 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies. Lumbar fusion versus nonsurgical treatment for chronic low back pain : a multicenter randomized controlled trial from the Swedish Lumbar Spine Study Group. Spine. 2001;26:2521-32.

[14] Brox J. I., Sorensen R., Friis A., Nygaard O., Indahl A., Keller A., Ingebrigsten T., Eriksen H. R., Holm I., Koller A. K., Riise R., Reikeras O. Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive interventions and exercises in patient with chronic low back pain and disc degeneration. Spine. 2003;28:1913-21.

[15] Fairbank J. Frost H., Wilson MacDonald J, Yu L.M., Barker K., Collins R. Randomized controlled trial to compare stabilisation of the lumbar spine with a intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain : the MRC spine stabilization. BMJ. 2005; 330:1233.

[16] Mirza S.K., Deyo R.A. Systematic review randomized trials comparing lumbar fusion surgery to nonoperative car for treatment of chronic back pain. Spine. 2007;32:816-23.

[17] Chou R., Baisden J, Carragee E. J., Resnick D.K., Shaffer W. O., Loeser J. D. Surgery of low back pain. A review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. Spine. 2009;34:094-1109.

[18] Froholdt A., Reikeraas O., Holm I., Keller A., Brox J.I. No difference in 9-year outcome in CLBP patients randomized to lumbar fusion versus cognitive intervention and exercises. Eur. Spine J. 2012;21:2531-38.

[19] Mannion A. F., Brox J. I., Fairbank J. C. T. Comparison of spinal fusion and non operative treatment in patients with chronic low back pain : long term of 3 randomized controlled trials. Spine J. 2013;13:1438-48.

[20] Mayer T. G., Gatchel R. J., Brede E., Theodore B. R. Lumbar surgery in work-related chronic low back pain : can a continuum of care enhance outcomes ? Spine J. 2014 ; 14: 263-73.

[21] Vital J.M. Anatomie de la colonne vertébrale : nouveaux concepts. Montpellier : Sauramps medical;2016.

DISCUSSION

M. Bernard LECHEVALIER

Pourquoi les disques lésés sont-ils sources de douleurs dorsales chroniques ? Il me semble que vous avez envisagé la question plus sur le plan de la mécanique que de la neurophysiologie ? Où la douleur prend-elle sa source ? Le disque étant réputé dénué d'innervation donc de

récepteurs sensitifs, ne serait-ce pas des ligaments vertébraux communs ou des articulations des apophyses articulaires dont la statique peut être modifiée ou encore de la proximité des racines ? Quel chemin emprunte cette douleur ? Les racines postérieures puis la voie spinothalamique ? Tout cela me semble important s pour une éventuelle possibilité de traitement par stimulateur externe.

Seule la partie périphérique des disques et les ligaments longitudinaux ventral et dorsal avoisinants sont innervés, principalement par le nerf sinu-vertébral. Les plateaux vertébraux sont aussi innervés au même titre que l'os sous chondral qui peut être atteint dans les discopathies inflammatoires.L'influx douloureux suit effectivement les racines postérieures, puis la voie spino-thalamique. La stimulation externe n'a qu'un intérêt modéré dans la lombalgie chronique.

M. Denys PELLERIN

Aujourd'hui, dans votre pratique, quelle place reconnaissez-vous à vos collaborateurs kinésithérapeutes formés aux thérapies manuelles ? (Que je ne confonds pas avec les « ostéopathes »).

Les thérapeutiques manuelles ont été bien standardisées par les Pr Maigne, père et fils. Elles sont efficaces dans les atteintes articulaires postérieures entrainant des blocages aigus, donc plutôt dans le cadre des lombalgies aigues.

M. Emmanuel Alain CABANIS

Il y a déjà 15 ans, Modic, que vous avez cité, prônait la disparition de l'exploration discographique. Qu'en est-il aujourd'hui ? Examen oublié, encore prescrit, ou désormais prescrit (ou condamnable) ?

C'est tout à fait exact. La description en IRM des discopathies inflammatoires (type 1) et graisseuses (type 2) par Modic a fait quasiment disparaître l'indication de la discographie, examen plus agressif que l'IRM et dont l'interprétation, en terme de reproduction de la douleur est très dépendante, selon Carragee, du comportement du patient vis à vis de la douleur.

M. Jean-Pierre OLIÉ

Le recours aux antidépresseurs ayant été évoqué : choisit-on un antidépresseur ayant des propriétés antalgiques propres aux dépens d'antidépresseurs n'ayant pas de telles propriétés ?

Connaissez-vous des études ayant comparé dans ce contexte lombalgique des antidépresseurs agissant sur les récepteurs noradrénergiques (ce qui semble conditionner l'effet antalgique) à des antidépresseurs n'ayant pas ce type d'action noradrénergique ?

Les antidépresseurs peuvent faire partie de l'arsenal thérapeutique dans la lombalgie chronique quand le contexte dépressif est manifeste mais seront toujours associés à une prise en charge physique et cognitivo-comportementale. À notre connaissance, il n'y a pas eu d'étude spécifique sur l'effet des antidépresseurs noradrénergiques ou non sur la lombalgie chronique.

M. Jean DUBOUSSET

Pensez-vous que les techniques d'élastographie peuvent aider à comprendre si l'évolution du disque malade va changer selon le type de traitement qui est proposé ?

C'est une possibilité technique nouvelle qui mérite d'être mieux évaluée. À l'heure actuelle, l'IRM est le meilleur examen pour explorer les disques.