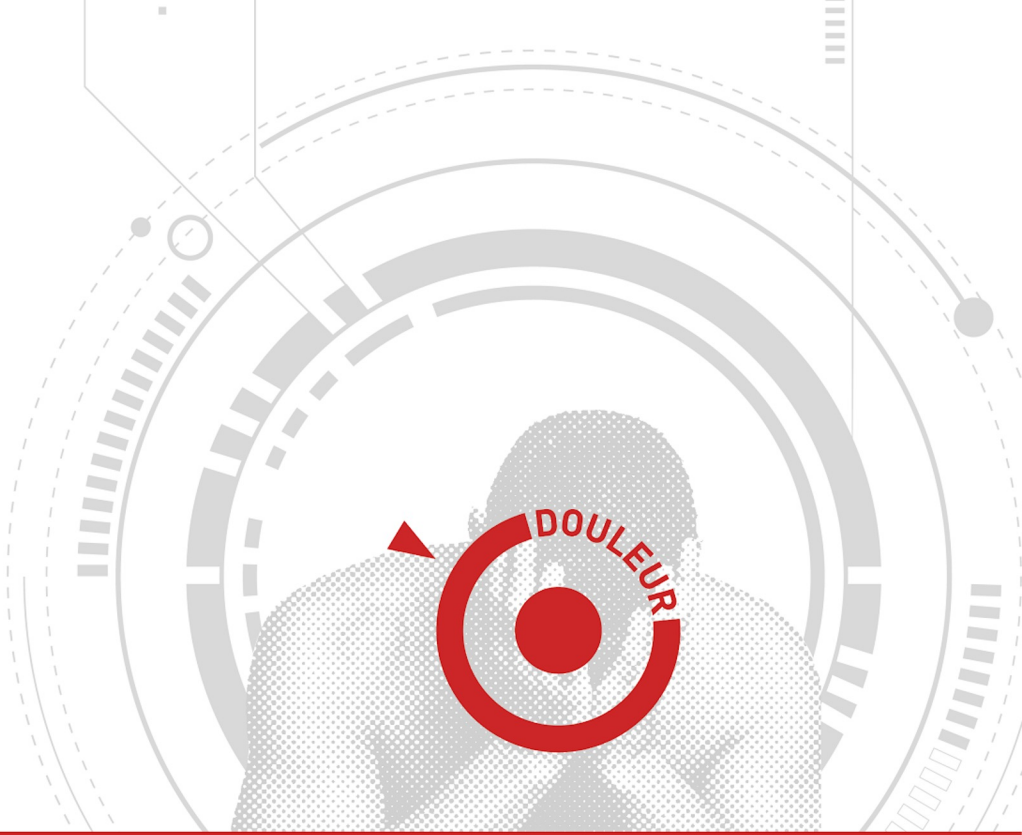
21e CONGRÈS NATIONAL DE LA SFETD

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

PRÉSENTIEL ET VIRTUEL



17-19 NOVEMBRE 2021

Corum de Montpellier

congres-sfetd.fr

SFETD

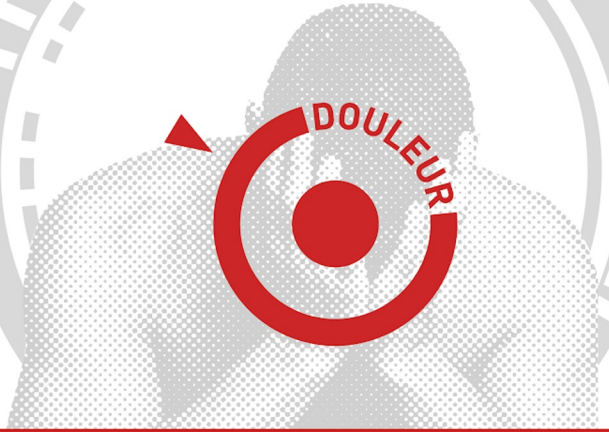
IASP

DATADOCK

La consultation infirmière auprès du patient lombalgique

Dominique Gillet (IRD CHU Grenoble-Voiron)
Muriel Perriot (IRD CH Châteauroux-Le Blanc)

Congrès SFETD 2021



LOMBALGIE AIGUE : Définitions

- **La lombalgie** est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur . Elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes.

- La **lombalgie commune** désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (cf. « drapeaux rouges »). Le terme lombalgie « commune » est préféré à celui de lombalgie « non spécifique » en pratique courante .

Définition

La lombalgie chronique est définie par une lombalgie de plus de 3 mois

LA LOMBALGIE CHRONIQUE : Définitions

- **la lombalgie non dégénérative** antérieurement dénommée lombalgie spécifique ou lombalgie secondaire (dite symptomatique), liée à une cause traumatique, tumorale, infectieuse ou inflammatoire.

- **la lombalgie dégénérative** dont l'origine peut associer une ou plusieurs des causes suivantes : discogénique ou facettaire ou mixte, ligamentaire, musculaire, liée à un trouble régional ou global de la statique rachidienne .

- **la lombalgie** sans relation retenue avec des lésions anatomiques.

Épidémiologie

Prévalence de la lombalgie : 84% sur une vie entière

27,7% de la population présente une maladie musculo-squelettique dont la plus fréquente est la lombalgie

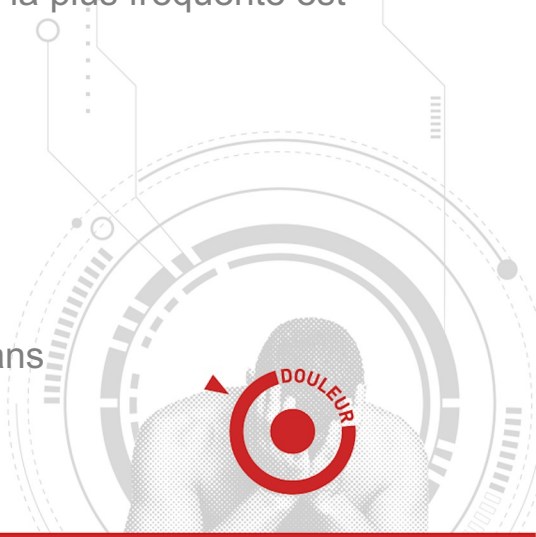
Evolution favorable en 4 à 6 semaines dans 90% des cas

Évolution vers la lombalgie chronique dans 6 à 8% des cas

Pas de différence significative homme / femme

Touche principalement les 30-70 ans et plus particulièrement les 40-60 ans

Pathologie en évolution constante : entre 1993 et 2012 + 14%



Épidémiologie

Lombalgie aigue : 2ème motif de consultation en médecine générale
Lombalgie chronique : 8ème

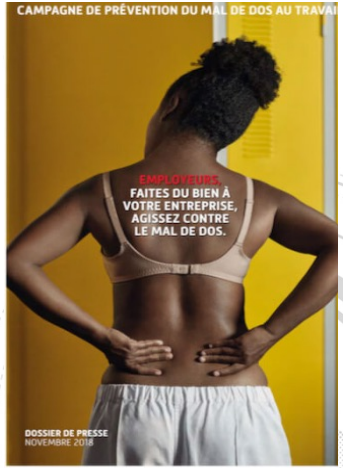
Impact sur la vie professionnelle et sur l'économie

- 1 lombalgie sur 5 entraine un arrêt de travail
- La lombalgie représente 30% des arrêts de plus de 6 mois et 20% des arrêts de travail pour accident de travail
- 3ème motif d'admission en invalidité

Enjeu économique : 900 millions d'euros par an

Priorité nationale

Campagne de sensibilisation des patients et des soignants en 2017 (affiches, Spot TV et radio)



Priorité nationale

Rendez-vous sur **ameli.fr**

Definition, causes et symptomes de la lombalgie

Le dos comment ça marche

Traitement du mal de dos

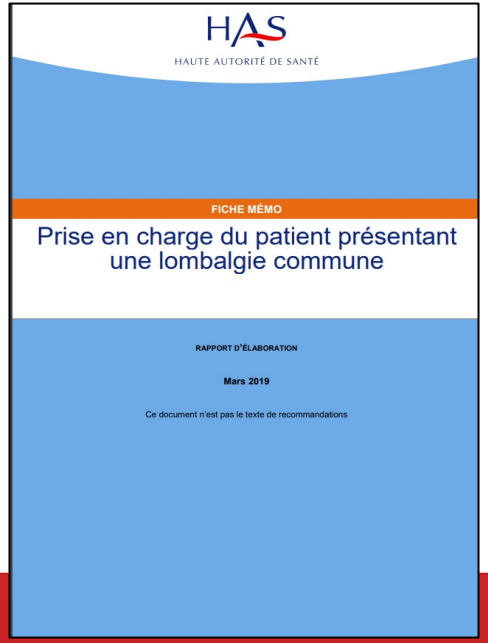
Eviter le mal de dos chronique

Mal de dos et activité professionnelle

Appli ACTIV'DOS

Priorité nationale

Recommandations HAS actualisées en 2019


HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MÉMO

Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune

RAPPORT D'ÉLABORATION

Mars 2019

Ce document n'est pas le texte de recommandations

Prise en charge

Centrée sur le patient : prise en charge Bio-Psycho-Sociale

Lombalgie à risque de chronicité ou chronique : prise en charge pluridisciplinaire et plurimodale

Veiller à la cohérence des propositions thérapeutiques entre les différents professionnels impliqués, attention au risque de caractère délétère des discours discordants et des actes réalisés « en parallèle » et sans concertation

Prise en charge :

- Evaluation
- Prise en charge médicamenteuse
- Prise en charge non médicamenteuse

Évaluation

Recherche de pathologie sous-jacente

Risque de chronicité

Facteurs pronostics liés au travail (perception du travailleur)

Facteurs pronostics liés aux systèmes

Évaluation des signes d'alerte

DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexpliquée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

Évaluation des indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

Évaluation du risque d'incapacité prolongée au travail et d'obstacle au retour au travail

DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.

DRAPEAUX NOIRS

Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

Prise en charge Médicamenteuse (à visée symptomatique)

1ère intention

- Paracétamol pour gérer la douleur
- AINS en cure la plus courte possible et à la dose la plus faible

2ème intention

- Opioïdes faibles +/- paracétamol : à faible dose pour la durée la plus courte (attention au mésusage)
- Opioïdes forts pour les lombalgies réfractaires
- AD tricycliques et IRSNA uniquement si radiculalgie chronique à composante neuropathique ou TAD associé
- Gabapentinoïdes uniquement si radiculalgie chronique à composante neuropathique

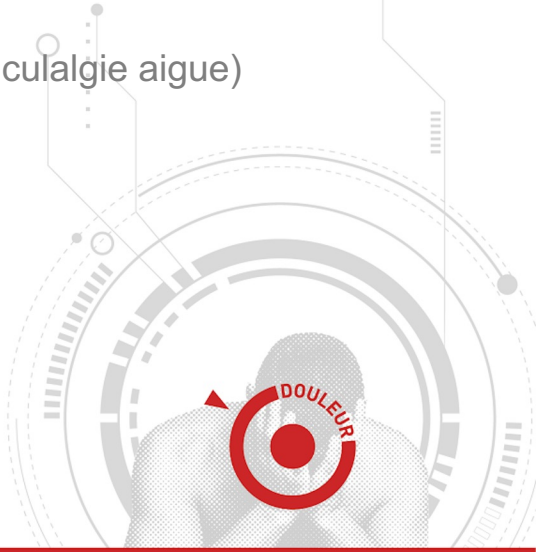
Prise en charge Médicamenteuse (à visée symptomatique)

Envisageables mais absence d'études

- Nefopam
- Corticoïdes (sauf en l'absence d'autres alternatives en cas de radiculalgie aigue)

Non recommandés

- Myorelaxants
- Antibiotiques
- Vitamine D
- Patch de lidocaïne
- Anti-TNF alpha



Prise en charge non médicamenteuse

1ère intention

- Reprise des activités quotidiennes et professionnelles
- Activité physique adaptée (progressive et adaptée)
- Kiné (lombalgie chronique ou à risque de chronicité)

2ème intention

- Éducation à la douleur (surtout lombalgie chronique ou à risque de chronicité)
- Techniques manuelles (uniquement dans une prise en charge multimodale)
- TCC et psycho (uniquement dans une prise en charge multimodale)

3ème intention

- Programme de réadaptation pluridisciplinaire (physique, psychologique, sociale et professionnelle) pour les patients avec douleur persistante + facteurs de risque psychosociaux

Prise en charge non médicamenteuse

Envisageables

- TENS dans une pec multimodale
- Acupuncture, acupression efficacité non démontrée sur l'évolution de la lombalgie
- Sophrologie, relaxation, hypnose, méditation absence d'étude de bonne qualité mais envisageables dans le cadre d'une combinaison multimodale et d'une prise en charge active du patient
- Ceinture lombaire, corset en courte durée mais efficacité non démontrée
- Stimulation médullaire en cas de douleur neuropathique avec échec des autres alternatives

Non recommandés

- Ultra Sons, tractions lombaires
- Semelles orthopédiques

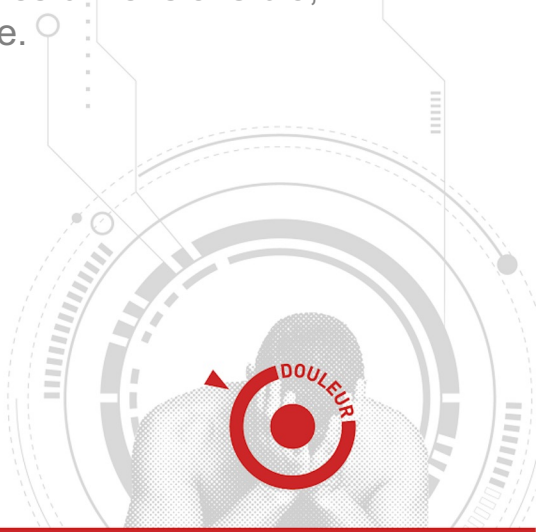
Activités Infirmières

PEC GLOBALE

La prise en charge doit être **globale** ; centrée sur le patient

Elle prend en compte le vécu, le retentissement de sa douleur dans les dimensions bio, physique, psychologique et socioprofessionnelle.

« **Evaluation bio-psycho-sociale** »



EVALUATION EN CONSULTATION INFIRMIERE

- Recueil des données auprès du patient (histoire de la douleur, traitements…)
- Recueil des représentations et des croyances du patient
- Évaluation de la douleur qualitative et quantitative
- Évaluation de son degré d'autonomie, de sa perception du handicap
- Recueil des retentissements sur la qualité de vie
  - Professionnelle, familiale, sociale

EVALUATION EN CONSULATION INFIRMIERE

- Recueil de données objectives par l'examen clinique infirmier
  - Observation de l'attitude et de la mobilité du patient
  - Observation et ou palpation de la zone douloureuse
- Recueil des attentes

Identification des drapeaux

PEC MEDICAMENTEUSE

- Observance traitements
- Suivi effets bénéfiques / secondaires
- Orientation vers un programme ETP si nécessaire
- Réorientation médicale pour adaptation de traitement si nécessaire, selon évaluation IRD

PEC NON MEDICAMENTEUSES

1ère INTENTION

- Élaborer avec le patient une stratégie de reprise des activités de la vie quotidienne physiques et professionnelles. Avoir un discours cohérent et rassurant
- L'activité physique accélère la récupération et limite les récidives ; reprise progressive de l'activité être à l'écoute de son corps
- Encourager et encadrer la reprise d'activité physique (préconiser des activités, suivre la mise ne place, faire ni trop ni trop peu…), et l'activité professionnelle
- Observance des activités mises en place ; mise en place d'un agenda
- Orienter vers une prise en charge en rééducation (Kiné ou centre de rééducation)

PEC NON MEDICAMENTEUSES

2nd INTENTION :

- Education à la douleur (éviter la chronicisation);
- TCC et techniques psychocorporelles, dans le cadre d'une prise en charge multimodale (infirmier formé)

PEC NON MEDICAMENTEUSES : RÔLE DE L'IRD

3ième INTENTION:

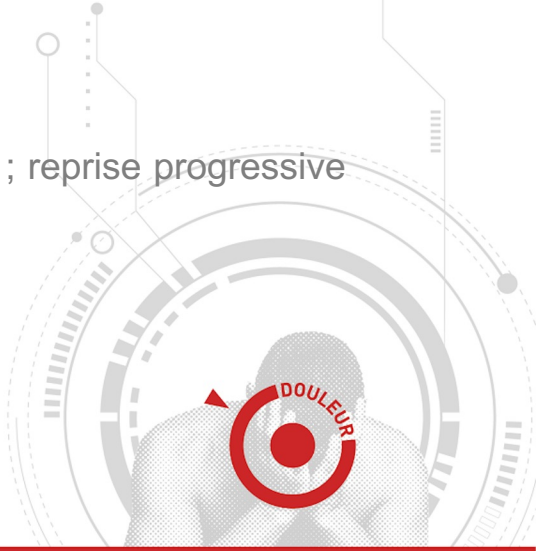
- Proposition en RCP : Orientation vers des programmes de réadaptation pluridisciplinaire avec remise en activités physiques, prise en charge psychologique, sociale et professionnelle

ETP & LOMBALGIE

travail sur les cognitions , les mécanismes qui se mettent en place.

Messages rassurants : données factuelles

- Taux d'amélioration
- L'activité physique accélère la récupération et limite les récidives ; reprise progressive de l'activité être à l'écoute de son corps



ETP & LOMBALGIE

Orienter vers les outils assurance maladie :

- Livret patient « je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il, que faire ?
- Application mobile Activ 'dos

ETP & LOMBALGIE

Détection et information / Anxiété : facteur favorisant de la persistance de la douleur

➢ **ETP**

- Éducation à la physiologie de la douleur : différence entre douleur et lésion tissulaire
- Travail sur les cognitions erronées.
- Éducation sur les mécanismes de chronicisation
- Activité physique progressive
- Facteurs favorisants la rémission /la chronicité

➢ **TENS**

HEALTH LITERACY
IDÉES REÇUES SUR LES LOMBALGIES
1
121 patients lombalgiques ont complété un questionnaire concernant la lombalgie et son traitement
2
Une question parmi d'autres était de savoir si les patients voudraient subir une chirurgie du rachis sur la base des résultats en radio et IRM, même en l'absence de symptômes
3
Les résultats ont montré que près de 50% des patients voulaient être opérés selon les résultats d'imagerie, même s'ils n'avaient pas de symptomes.
4
Presque 20% croyaient que les infiltrations présentaient plus de risque que la chirurgie.

ETP & LOMBALGIE

- **Techniques psychocorporelles** :

  - travail sur la kinésiophobie, la remise en mouvement, la douleur.
  - Remettre le patient en mouvement lors des séances de sophro-visualisation ou d'hypnose.

- **Orienter vers la kinésithérapie ou centre de rééducation**

Quelques exemples d’outils

Reprendre progressivement la course à pied

D'après : Esculier, J.-F., Bouyer, L. J., Dubois, B., Fremont, P., Moore, L., McFadyen, B., & Roy, J.-S. (2017). Is combining gait retraining or an exercise programme with education better than education alone in treating runners with patellofemoral pain? A randomised clinical trial. British Journal of Sports Medicine, bjsports-2016-096988.

Augmenter la fréquence des entraînements pour diminuer leur durée.

Eviter de descendre des côtes et de courir dans les escaliers.

Vous pouvez faire du Run-Walk.

Il est conseillé de garder une douleur de faible intensité (~2/10).

La douleur doit revenir au niveau d'avant l'entraînement le lendemain matin.

L'évolution du programme se fait en fonction de celle des symptômes.

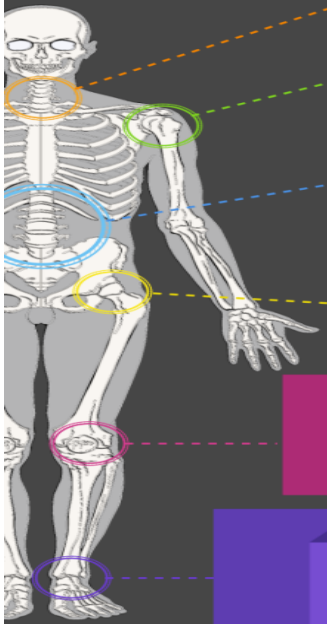
Augmenter la distance avant d'augmenter la vitesse ou d'ajouter du dénivelé.

KinéFACT
Anthony HALIMI

designed by freepik.com

#2 Votre douleur ne se résume pas à une simple imagerie

Infographie par Anthony HALIMI



Cervicales

73% des gens âgés de plus de 20 ans ont des **bombements discaux** (un type d'hernie discale). (1)

Épaules

65.4% des **lésions de la coiffe des rotateurs** ne sont pas douloureuses. (2)
67% des **tendinites calcifiantes** de la coiffe ne sont pas douloureuses. (3)

Lombaires

34,4% des personnes qui n'ont pas mal ont une **discopathie dégénérative**. (4)
66,66% des **hernies discales** se résorbent spontanément. (5)
L'amélioration des douleurs n'est pas liée à l'amélioration de l'imagerie. (6)

Hanches

91,5% des **arthroses** de hanche ne sont pas douloureuses. (7)

Genoux

76% des sujets non douloureux dans certaines études ont des lésions des **ménisques**. (8)

Chevilles

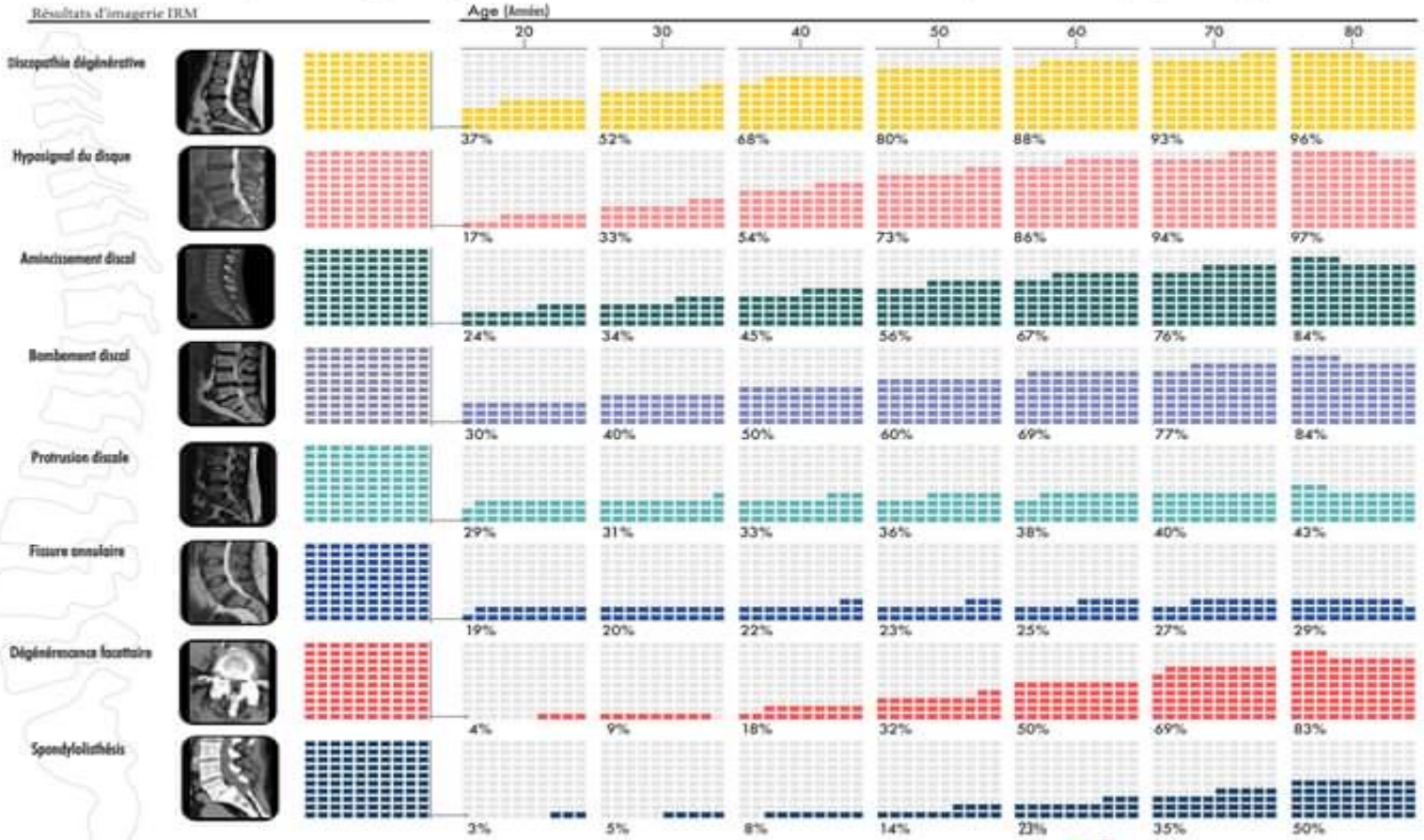
Même chez les gens qui n'ont **jamais eu d'entorses** de cheville on trouve des **lésions des ligaments**. (9)

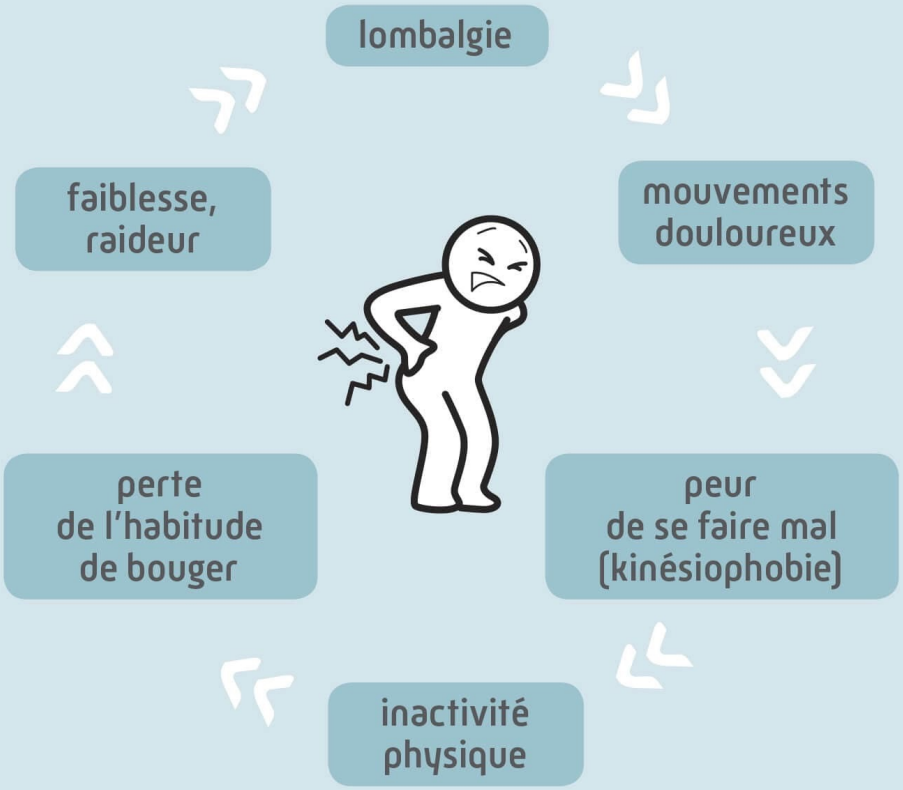
Ceux qui gardent des **douleurs longtemps** après une entorse **n'ont pas les ligaments plus abîmés** en IRM que ceux qui ont guéri. (10)

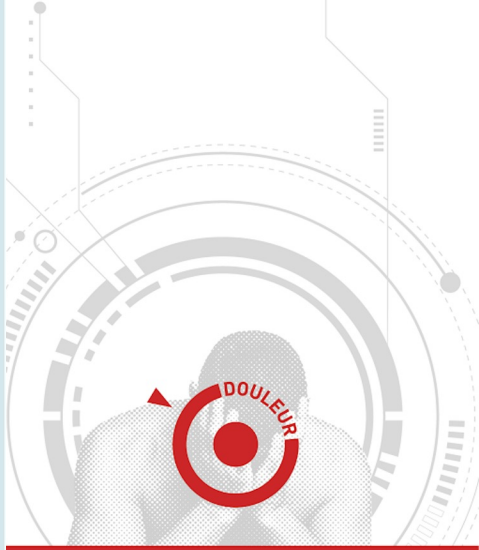
Les signes d'imagerie peuvent être retrouvés même quand tout va bien.
L'état des gens s'améliore même quand les signes non.
L'arthrose, la tendinite, le ménisque abimé, la hernie discale, etc ne vous empêcheront donc pas de guérir.

(1) Nakashima (2015) Spine
(2) Yamamoto (2011) Journal of Shoulder and Elbow Surgery
(3) Sansone (2016) Skeletal Radiology
(4) Brinjikji (2015) American Journal of Neuroradiology
(5) Zhong (2017) Pain Physician Journal
(6) Tonosu (2017) PLOS ONE
(7) Birrel (2005) Rheumatology
(8) Bhattacharyya (2003) The Journal of Bone and Joint Surgery
(9) van Putte-Katier (2015) European Journal of Radiology
(10) van Ochten (2014) British Journal of General Practice

Prévalence à l'imagerie de signes dégénératifs de la colonne lombaire chez des personnes asymptomatiques *.




lombalgie
mouvements douloureux
peur de se faire mal (kinésiophobie)
inactivité physique
perte de l'habitude de bouger
faiblesse, raideur


DOULEUR

CH CHATEAUROUX centre hospitalier

CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR Pavillon 10
BP585 – 36019 Châteauroux Cedex (Indre)
N°FINESS 360000053 N°FINESS Géographique : 36000137
☎ Secrétariat 02 54 29 66 15 – Fax : 02 54 29 66 16
Mail : consultation.douleur@ch-chateauroux.fr
Sur moteur de recherche internet : « CH Châteauroux Douleur »

Docteur E. CARREEL
RPPS : 10001861979

CONSULTANTS

Docteur E. CARREEL
Praticien Hospitalier
Médecin responsable

Mme E. BICHET
Psychologue clinicienne

Mme M. PERRIOT
Infirmière clinicienne

REFERENTS :

Rhumatologie :
Docteur A. BENMANSOUR

CADRE SUPERIEUR DE SANTE

Mme V. DESCOUX

SECRETARIAT

Mme A. MARTIN
consultation.douleur@ch-chateauroux.fr

Informations supplémentaires :
Sur moteur de recherche internet :
« CH Châteauroux Douleur »

le 24-9-2021

M [redacted]

RELISEZ CETTE PRESCRIPTION 1 FOIS PAR SEMAINE

2 : Objectif commun :

MARCHE : 1 KM X 2 : 1 fois le matin et 1 fois le soir
CONTINUER LE FRACTIONNEMENT :
CONTINUER DE S'ARRETER QUAND LES DOULEURS S'AGGRAVENT

3 : Au niveau médicamenteux :

« Attention à la conduite automobile avec certains médicaments »

LAROXYL : 34 gouttes le soir QSP 6 mois ,

- puis revoir avec le Dr [redacted] pour le baisser

L'ACTIVITE PHYSIQUE, POUR AMELIORER LE CONFORT DE VIE AUSSI

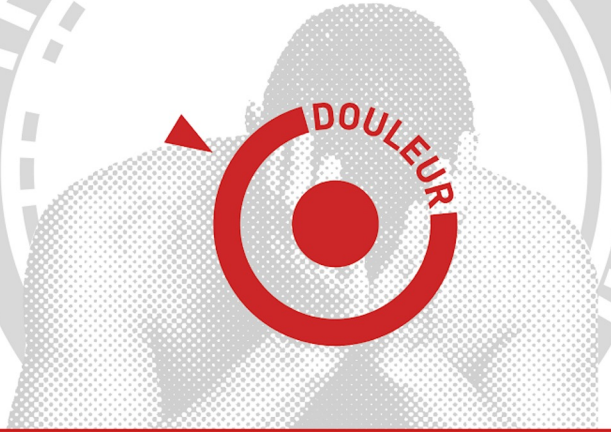
- L'objectif est de faire de l'activité physique **TOUS LES JOURS** mais **la faire en fonction de vos possibilités actuelles.**
- Au départ, **sous-estimer vos objectifs.**
- **Noter votre douleur avant, pendant, juste après, 1h après, 3 h après et le lendemain de l'activité physique. Et réajuster en fonction.**
- **Si les douleurs sont trop importantes après l'effort du jour : alors faire la règle des 2/3 – baisser le niveau d'activité physique de 2/3 pour le lendemain** : *(exemple : Si après l'effort d'aujourd'hui vous avez de fortes douleurs pour 30 minutes d'activités, alors demain faites 20 minutes)*
- **Puis quand l'effort modifie peu ou pas le confort de vie augmenter progressivement et doucement votre activité : environ 1 minute par semaine**
- Éviter d'aller jusqu'à la crise douloureuse = Seuil critique de douleur. (Ne pas aller en zone Rouge).

Date	Activité	Durée Où KM	Douleur AVANT l'Effort 0 à 10	Douleur PENDANT l'Effort 0 à 10	Douleur JUSTE APRES l'Effort 0 à 10	Douleur 1 Heure APRES l'Effort 0 à 10	Douleur 3 Heures APRES l'Effort 0 à 10	Douleur le JOUR APRES l'Effort 0 à 10	ANALYSE : -Douleur peu modifié = Effort Identique -Douleur ↗ = je baisse mon prochain effort	Ce que Je change : Si les douleurs sont trop > après l'effort : alors faire la règle des 2/3 = baisser la durée d'activité physique de 2/3 :
1er Jour	Marche	45 min	3	4	4	6	5	5	TROP	Je baisse : Demain 30'
2ème Jour	Marche	30 min	4	5	5	4	4	4	Correct	Effort identique 7 Jours

Quand les douleurs sont peu modifiées par l'activité physique alors garder la même durée d'activité pendant 7 jours

…puis augmenter de 1 à … minutes par semaine en suivant les mêmes précautions …

Dr E Carreel, CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR, CH de Châteauroux *Plus d'informations sur Internet : « CH Châteauroux Douleur »*



Pour faire de l’activité physique visitons notre région !

MERCI