

## Lombalgies et dysfonctions périphériques : intérêts du diagnostic et du traitement de ces dernières

### A. Introduction

Il n'est pas rare de constater que les personnes qui viennent en consultation pour des lombalgies, présentent également des douleurs au niveau d'articulations périphériques. Notre expérience nous a également permis de constater qu'un grand nombre de patients se plaignant uniquement de lombalgies, présente à l'examen approfondi utilisé par les médecins de médecine manuelle-ostéopathie (MMO), des dysfonctions des articulations périphériques.

Nous nous sommes donc demandé si une relation directe existait entre les deux. Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de retrouver une étude traitant de cette relation. Par contre l'observation de la posture de nombreux patients, faite de dos et de profil, avant et après traitement d'une dysfonction périphérique, nous a confortés dans nos présomptions. En effet il paraissait évident que, très souvent, son traitement entraînait un changement de la posture se traduisant la plupart du temps par une modification des anomalies de courbure de la colonne vertébrale (photos 1 et 2).

Photo 1 : observation avant traitement



Photo 2 : observation après traitement



Le but de notre étude clinique a donc été de montrer qu'en ne traitant que les dysfonctions périphériques, nous pouvions agir sur les douleurs lombaires. Ce travail réalisé en 1993 évalue donc les bénéfices sur cent patients lombalgiques. Cette méthodologie permet ainsi d'apprécier la relation entre le diagnostic, le traitement de ces dysfonctions et l'évolution de la lombalgie.

### B. Méthode

#### 1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette étude a été réalisée en cabinet médical libéral de MMO et tous les traitements ont été dispensés par le même médecin. Un dossier médical était établi lors de la première consultation avec l'identification du patient et son numéro de code, sa plainte principale et éventuellement les signes associés, ses antécédents, les examens complémentaires pratiqués, les traitements antérieurs. Les dates et les endroits des traitements étaient notés après chaque consultation (grille 1).

Grille 1 : identification du patient et traitements appliqués		
Nom de code	1	<b>Examens complémentaires</b>
Sexe	Masculin	Radiographies
Profession	Chauffeur retraité	Scanner
Date de naissance	25/10/1922	I R M
Motif consultation	Lombalgie Bilatérale	Radiculographie
<b>Signes associés</b>		Échographie
	PSH droite	Biologie
	Poignet gauche	Autres
	Cervicalgie gauche	<b>Traitements antérieurs</b>
	Hernie hiatale	Salicylés
Accidents	Non	Autres antalgiques
ATCD chirurgicaux	Non	A I N S
ATCD médicaux	Lombalgies	Corticoïdes
<b>Apparition</b>		Opiacés
Début de la douleur	1 mois	Régime
Début brutal	Non	Repos
Début progressif	oui	Ceinture
Est-elle récidivante	10 ans	Lombostat
<b>Consultations</b>	<b>Dates</b>	Infiltrations
C 1	29/03/1993	Kinésithérapie
C 2	08/04/1993	Mésothérapie
C 3	21/04/1993	Homéopathie
C 4	18/05/1993	Phytothérapie
C 5	16/06/1993	Acupuncture
C 6		Ostéopathie
		Chiropraxie
		Élongations
		Chirurgie
		Manipulations
		<b>Traitement Ostéopathique</b>
		<b>C1</b>
		Coude droit
		<b>C2</b>
		Pouce gauche
		<b>C3</b>
		Poignet droit
		<b>C4</b>
		1° cunéiforme gauche
		<b>C5</b>
		Cuisse gauche-cicatrice
		<b>C6</b>

Après le consentement éclairé des patients présentant une lombalgie commune, avec ou sans irradiations à la fesse ou la cuisse ou les deux, les cent premiers patients répondant à ces critères ont été retenus. Il n'y a pas eu d'exclusion en fonction de l'âge, du sexe, de la profession, des antécédents chirurgicaux ou de l'importance et du caractère du symptôme. Par contre les accidents de travail n'ont pas été pris dans cette étude. Il a été demandé à chaque patient d'arrêter les autres traitements en cours à l'exception d'antalgiques mineurs

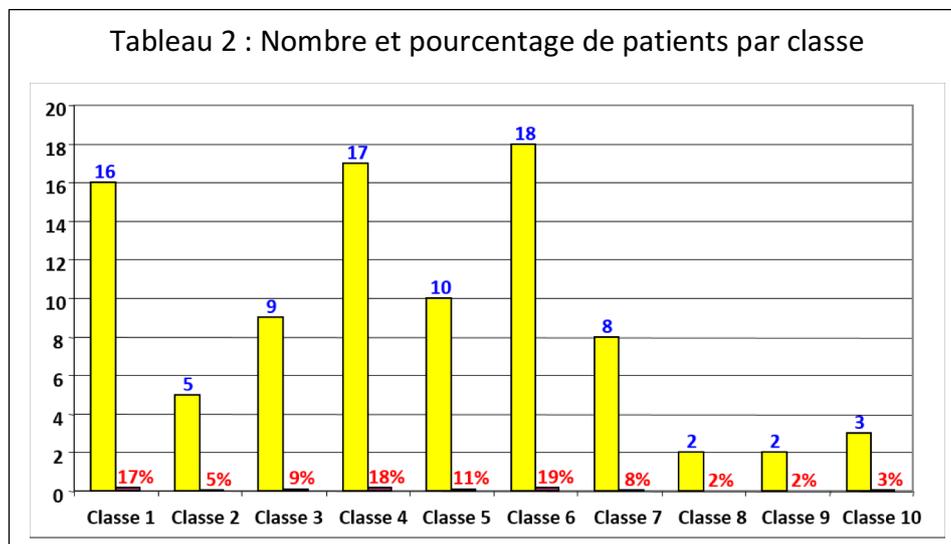
et seulement en cas de besoin, ce qui a été facilement accepté puisque quatre-vingt-quatre consultaient après échec d'autres thérapeutiques, seize étant venus en première intention.

Il n'a pas été tenu compte des traitements antérieurs pour la sélection des patients, quatre-vingt-quatre ayant eu au minimum des antalgiques et des AINS, quarante-trois des séances de kinésithérapie, soixante des médecines alternatives, trente-trois des infiltrations, quinze des corticoïdes, deux des élongations et trois une cure chirurgicale de hernie discale. Nous avons établi dix classes en fonction des traitements pris (tableau 1) et nous résumons le nombre de patients en fonction de la classe de traitement (tableau 2).

Tableau 1 : classification en fonction des traitements antérieurs administrés

Traitements antérieurs	Classes
Antalgiques classiques	Classe 1
AINS	Classe 2
Antalgiques + AINS	Classe 3
Antalgiques + AINS + Traitements adjuvants	Classe 4
Antalgiques + AINS + Kinésithérapie + Traitements adjuvants	Classe 5
Antalgiques + AINS + Kinésithérapie + Infiltrations + Traitements adjuvants	Classe 6
Antalgiques + AINS + Kinésithérapie + Infiltrations + Corticoïdes + Traitements adjuvants	Classe 7
Antalgiques + AINS + Kinésithérapie + Infiltrations + Corticoïdes + Opiacés + Traitements adj	Classe 8
Traitements variés + élongations	Classe 9
Traitements variés + Chirurgie	Classe 10

Tableau 2 : Nombre et pourcentage de patients par classe



Enfin il n'a pas été tenu compte des anomalies présentées à l'imagerie, à l'exception des scolioses. Nous avons établi trois groupes en fonction du type de lombalgie : les lombalgies chroniques sont au nombre de quarante-sept, les aiguës vingt-huit et les subaiguës vingt-cinq.

Les chroniques avaient un début depuis plus de trois mois, la plupart du temps récidivantes, certaines depuis plusieurs dizaines d'années, les aiguës depuis moins de trois mois et souvent un premier ou un deuxième épisode et les subaiguës depuis moins de trois mois, mais récidivantes depuis parfois plusieurs années, et pouvant être considérées comme un pré stade de la chronicité. De plus nous avons identifié soixante-quatre lombalgies qui étaient accompagnées d'irradiations.

## 2. Outils d'évaluation

### a) Questionnaires remplis par le patient avant chaque consultation

Avant chaque nouvelle consultation, le patient devait remplir un questionnaire, sous forme de grilles, comprenant un certain nombre de critères, en mettant une note de 0 à 4 ou de 0 à 10. Chaque patient faisait ainsi une évaluation chiffrée de son état. Il commençait par mettre une note de 0 à 4 sur les circonstances d'apparition de sa douleur (grille 2). Les grilles sont présentées avec les notes attribuées par le patient au code N°1.

Grille 2 : Évaluation des conditions d'apparition de la lombalgie (0 = rien, 1 = faible, 2 = modéré, 3 = fort et 4 = très fort)

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Est-elle permanente	0	0	0	0	0	
Apparition au lever	0	0	0	0	0	
Apparition couché	0	0	0	0	0	
Apparition assis	0	0	0	0	0	
Apparition debout	0	0	0	0	0	
Apparition au changé de position	3	2	0	0	0	
Apparition à la toux	0	0	0	0	0	
Apparition à l'effort	3	2	0	0	1	
Apparition après effort	3	2	2	2	1	
Entraîne-t-elle un blocage	3	0	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

Puis il évaluait l'intensité de la douleur en mettant une note de 0 à 10 sur différents critères (grille 3).

Grille 3 : Évaluation de l'intensité de la douleur sur 10 (0 = aucune douleur et 10 = douleur maximale)

	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Douleur à la minute	2	2	4	0	1	
Maximum depuis 24h	5	4	6	1	1	
Minimum depuis 24h	2	2	3	0	0	
Pendant les crises	5	4	4	6	0	
Douleur la nuit	0	0	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

Une grille qui demandait beaucoup de temps à remplir était alors proposée au patient. Il concernait l'évaluation du type de la douleur (grille 4).

Grille 4 : Évaluation du type de douleur de 0 à 4

Critères	Consultations						Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6		C1	C2	C3	C4	C5	C6
Battements							Picotements						
Pulsations							Fourmillements	2	2	0	0		
Elancements	2	2	0	0	0		Démangeaisons						
En éclair							Engourdissement						
Décharges électriques							Lourdeur	3	2	0	1	1	
Coups de marteau							Sourde						
Rayonnante							Fatigante						
Irradiante	2	2	1	0	0		Épuisante						
Piqûre							Éreintante						
Coupure							Suffocante						
Pénétrante							Syncopale						
Transperçant							Inquiétante	2	1	1	1	1	
Cp de Poignard							Oppressante						
Pincement	2	2	0				Angoissante						
Serrement							Harcelante						
Compression							Obsédante	2	1	1	0		
Ecrasement							Cruelle						
En étau							Torturante						
Broie ment							Supplicient						
Tiraillement			2	1			Gênante			2	1		
Étirement							Désagréable		2				
Distension							Pénible						
Déchirure							Insupportable	3	2				
Torsion							Enervante						
Arrache ment							Exaspérante						
Chaleur							Horripilante						
Brûlure							Déprimante						
Froid							Suicidaire						
Glace							<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	

Il s'agissait alors d'évaluer l'impact de cette douleur dans la vie quotidienne et pour cela le patient devait noter son retentissement sur l'état général (grille 5).

Grille 5 : Évaluation de l'état général de 0 à 10

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Bien être : forme	10	10	10	10	10	
Activité : aucune - très	9	9	9	10	10	
Alitement : le jour	10	10	10	10	10	
Degré d'anxiété	9	9	9	10	10	
Humeur	9	9	9	10	10	
Sommeil	10	10	10	10	10	
Appétit	9	9	9	10	10	
Nausées	8	9	9	10	10	
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	
<b>TOTAL inversé sur 80</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Une évaluation sur des facteurs psychologiques susceptibles de modifier ou d'influencer la douleur était ensuite proposée au patient (grille 5).

Grille 5 : Évaluation des facteurs modifiant la douleur de 0 à 4

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
<b>Origine somatique</b>						
Signes d'extrême faiblesse						
Effets secondaires du traitement						
Pathologie non cancéreuse						
Cancer						
<b>Anxiété</b>						
Crainte hôpital						
Crainte maison de repos						
Inquiétude sur famille						
Crainte de la douleur						
Finances de la famille						
Préoccupation spirituelles						
Crainte de la mort						
Perte dignité						
Incertitude sur de l'avenir						
<b>Dépression</b>						
Perte position sociale						
Perte prestige et revenu						
Perte rôle dans famille						
Fatigue chronique, insomnie						
Sensation d'abandon						
Défiguration						
<b>Exaspération</b>						
Tracasserie bureaucratique						
Pas de visite d'amis						
Retard diagnostique						
Médecins inaccessibles						
Irritabilité						
Echec thérapeutique	1	0	0			
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Il était alors indispensable de demander au patient une évaluation des autres symptômes, afin de voir l'impact du traitement non seulement sur la lombalgie, mais aussi sur eux (grille 7).

Ces signes étaient très variés, touchant les différentes articulations des membres, du tronc et de l'axe vertébral, mais aussi les viscères. On trouvait également des migraines et vertiges. De plus chaque patient devait mettre une note de 1 à 10 sur les effets du traitement reçu à la consultation précédente (grille 8), correspondant à une enquête de satisfaction.

Grille 7 : Évaluation des signes associés à la lombalgie de 0 à 4

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Douleur épaule gauche	3	3	2	3	0	
PSH droite	3	3	2	0	0	
Douleur poignet gauche	2	2	1	1	1	
Cervicalgie gauche	3	1	0	0	0	
Hernie hiatale	2	1	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	

Une évaluation sur des facteurs psychologiques susceptibles de modifier ou d'influencer la douleur était ensuite proposée au patient (grille 5).

Grille 5 : Évaluation des facteurs modifiants la douleur de 0 à 4

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
<b>Origine somatique</b>						
Signes d'extrême faiblesse						
Effets secondaires du traitement						
Pathologie non cancéreuse						
Cancer						
<b>Anxiété</b>						
Crainte hôpital						
Crainte maison de repos						
Inquiétude sur famille						
Crainte de la douleur						
Finances de la famille						
Préoccupation spirituelles						
Crainte de la mort						
Perte dignité						
Incertitude sur de l'avenir						
<b>Dépression</b>						
Perte position sociale						
Perte prestige et revenu						
Perte rôle dans famille						
Fatigue chronique, insomnie						
Sensation d'abandon						
Défiguration						
<b>Exaspération</b>						
Tracasserie bureaucratique						
Pas de visite d'amis						
Retard diagnostique						
Médecins inaccessibles						
Irritabilité						
Echec thérapeutique	1	0	0			
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Il était alors indispensable de demander au patient une évaluation des autres symptômes, afin de voir l'impact du traitement non seulement sur la lombalgie, mais aussi sur eux (grille 7).

Ces signes étaient très variés, touchant les différentes articulations des membres, du tronc et de l'axe vertébral, mais aussi les viscères. On trouvait également des migraines et vertiges. De plus chaque patient devait mettre une note de 1 à 10 sur les effets du traitement reçu à la consultation précédente (grille 8), correspondant à une enquête de satisfaction.

Grille 7 : Évaluation des signes associés à la lombalgie de 0 à 4

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Douleur épaule gauche	3	3	2	3	0	
PSH droite	3	3	2	0	0	
Douleur poignet gauche	2	2	1	1	1	
Cervicalgie gauche	3	1	0	0	0	
Hernie hiatale	2	1	0	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	

## Grille 8 : Cotation du traitement par le patient

## Enquête de satisfaction

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Cotation du traitement	0	6	6	7	8	

L'ensemble de ce questionnaire était rempli avant chaque consultation, lorsque le patient revenait pour un nouveau traitement, c'est à dire environ 10 jours après ; il permettait ainsi d'évaluer le traitement antérieur.

A partir de ces notes nous avons fait une évaluation statistique sur l'ensemble des patients, pour chaque grille, pour l'ensemble des grilles et pour chaque type de lombalgie. Nous avons considéré comme un échec thérapeutique les patients qui avaient abandonné avant le nombre maximum de traitements prévus.

b) Questionnaires remplis par le médecin

Un bilan clinique classique (grille 9) avant chaque nouveau traitement est rempli par le médecin par des notes de zéro à quatre, en fonction de son examen.

## 3. Diagnostic et traitements appliqués

Le diagnostic ostéopathique s'est appuyé sur la recherche des résistances tissulaires. Le choix de la dysfonction estimée la plus importante et devant être traitée, s'est fait d'une manière comparative, en analysant leur comportement aux sollicitations.

## Grille 9 : Cotation par le médecin des signes positifs rencontrés lors de l'examen de 0 à 4

Critères	Consultations					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Difficulté à la mobilisation	3	2	0	0	0	
Raideur Rachis						
Contracture Para vertébrale						
Douleur exquise 1 point						
Douleur exquise + points						
Douleur diffuse						
Cyphose					1	
Scoliose						
Scoliose antalgique	3	0	0	0	0	
Cassure droite ou gauche		3	2	2	0	
Réflexe rotulien aboli						
Réflexe achilléen aboli						
Lasègue						
Steppage						
Déficit moteur						
Paresthésies						
Plante des pieds						
Extension du 1° orteil						
Force du quadriceps						
Troubles sphinctériens						
Signe de sonnette						
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Le traitement manuel en recoil est alors appliqué sur cette dysfonction, sans intervention sur le rachis, permettant ainsi de rétablir des rapports articulaires normaux et une mobilité satisfaisante. Le nombre maximum de traitements a été fixé à six, en ne pratiquant qu'un seul traitement par séance, séparées au minimum de six jours.

## 4. Durée de l'étude

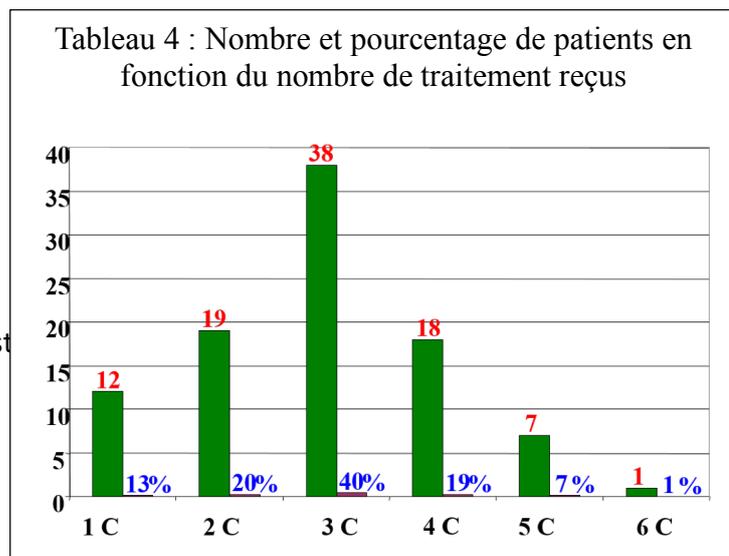
L'ensemble de cette étude s'est déroulé sur cinq mois. Le délai entre le premier traitement et la dernière évaluation est en moyenne de sept jours, pour les patients qui n'ont eu qu'un traitement, dix-neuf jours pour ceux qui ont eu deux traitements, trente et un jours pour

ceux qui ont eu trois traitements, quarante-trois jours pour ceux qui ont eu quatre traitements et soixante-trois jours pour ceux qui ont eu cinq traitements. Seulement un patient a nécessité six traitements, et comme par hasard ce fut le premier dont les notes sont présentées dans les différentes grilles. La moyenne de traitements pour l'ensemble des patients est d'environ de 3, puisque nous voyons sur le tableau 4 que 73% d'entre eux ont effectués leur dernière évaluation à la troisième consultation, puisque la douleur lombaire avait disparue.

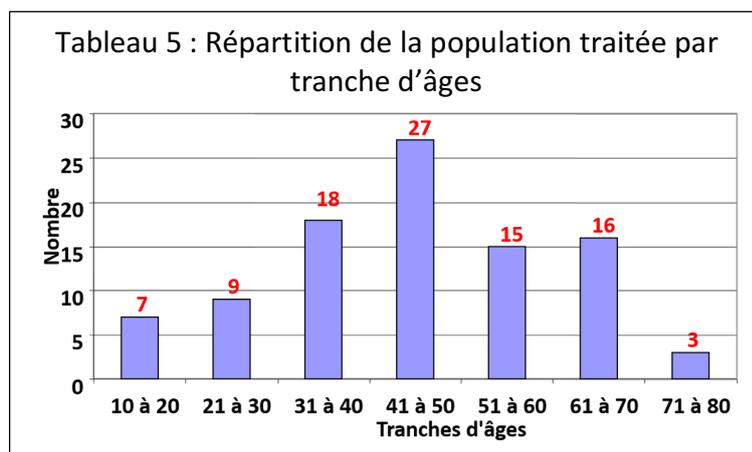
## C. Résultats

### 1. Données générales

Nous avons également pu comparer les différences en fonction du sexe, de l'âge et de la profession. La répartition est de quarante-trois femmes et cinquante-sept hommes et la moyenne d'âge de quarante-cinq ans (tableau 5). La moyenne d'âge pour lombalgies chroniques est de quarante-huit ans; elle est de quarante-six ans pour les subaiguës, et de quarante et un ans pour les aiguës.



Nous avons trouvé Trente-deux lombalgies gauches, vingt-neuf droites et trente-neuf bilatérales.



Quatre femmes et un homme représentant trois lombalgies chroniques et deux aiguës, ne sont pas revenus après le premier traitement. Nous les considérons comme des échecs, mais n'ayant pas leurs notes chiffrées sur le traitement reçu, nous n'avons pas pu les inclure dans l'étude statistique générale.

Les calculs ne sont donc établis que pour trente-neuf femmes et cinquante-six hommes et pour quarante-quatre lombalgies chroniques, vingt-cinq subaiguës, vingt-six aiguës, dont trente et une gauches, vingt-huit droites et trente-six bilatérales.

La plupart des patients ne sont pas venus en première intention et de ce fait possédaient des examens complémentaires. Ainsi sur les quatre-vingt-quinze patients restants, soixante-six patients présentent une ou plusieurs anomalies à l'imagerie. Nous notons une PSR (SPA), huit hernies discales et cinquante-sept patients présentant arthrose, discopathie(s), canal lombaire étroit, troubles statiques.

Deux cent soixante-dix-sept dysfonctions ont été traitées pour les Quatre-vingt-quinze patients restants, ce qui fait une moyenne de 2,91 traitements par patient. Soixante-treize patients ont eu trois traitements au maximum.

Les zones traitées sont plus nombreuses du côté droit (67%) que du côté gauche (33%), et plus nombreuses sur les membres inférieurs (58%) (Tableau 6), les plus fréquentes étant sur les genoux, que sur les membres supérieurs (42%), les plus fréquentes étant sur les poignets et les mains (Tableau 7).

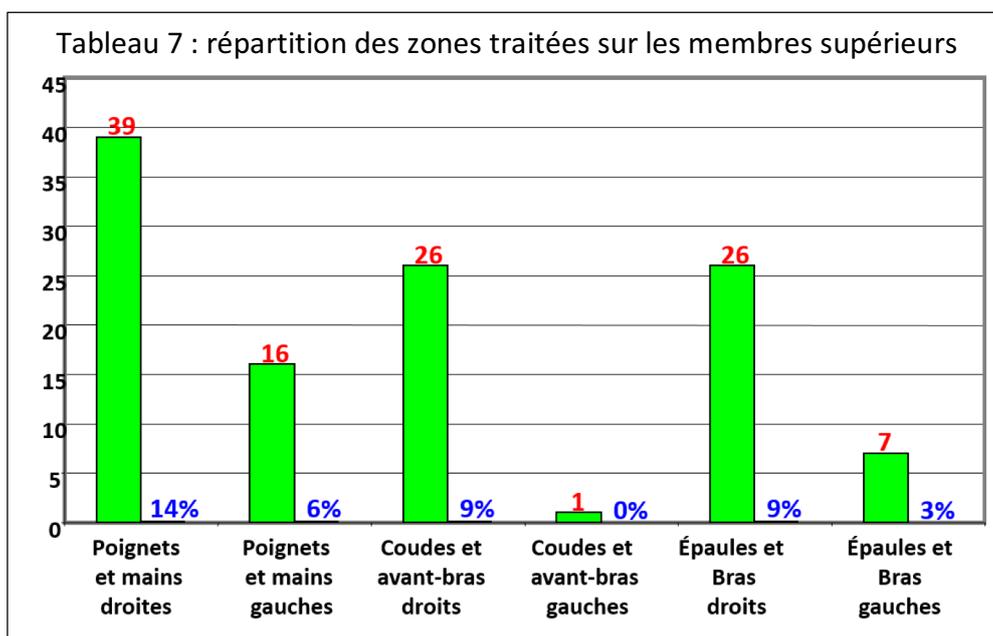
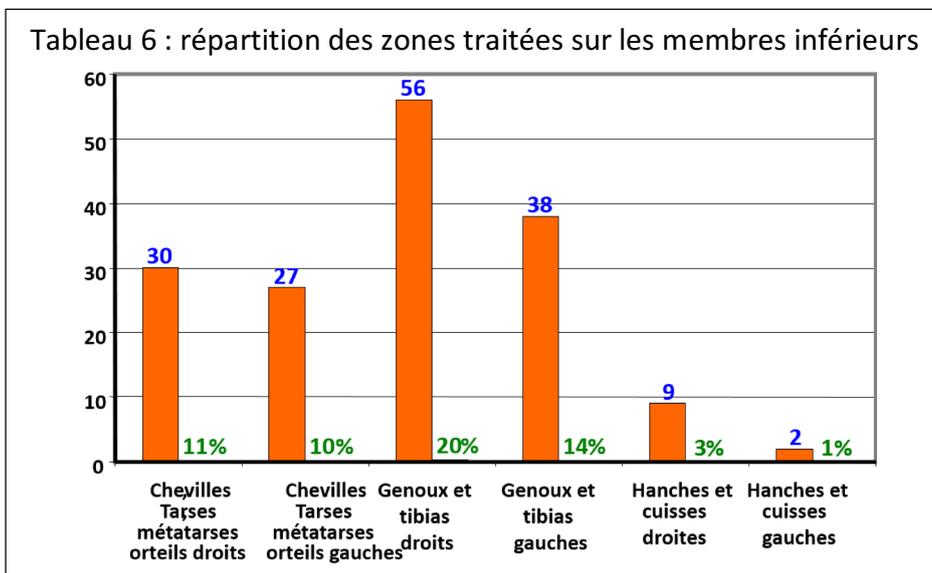
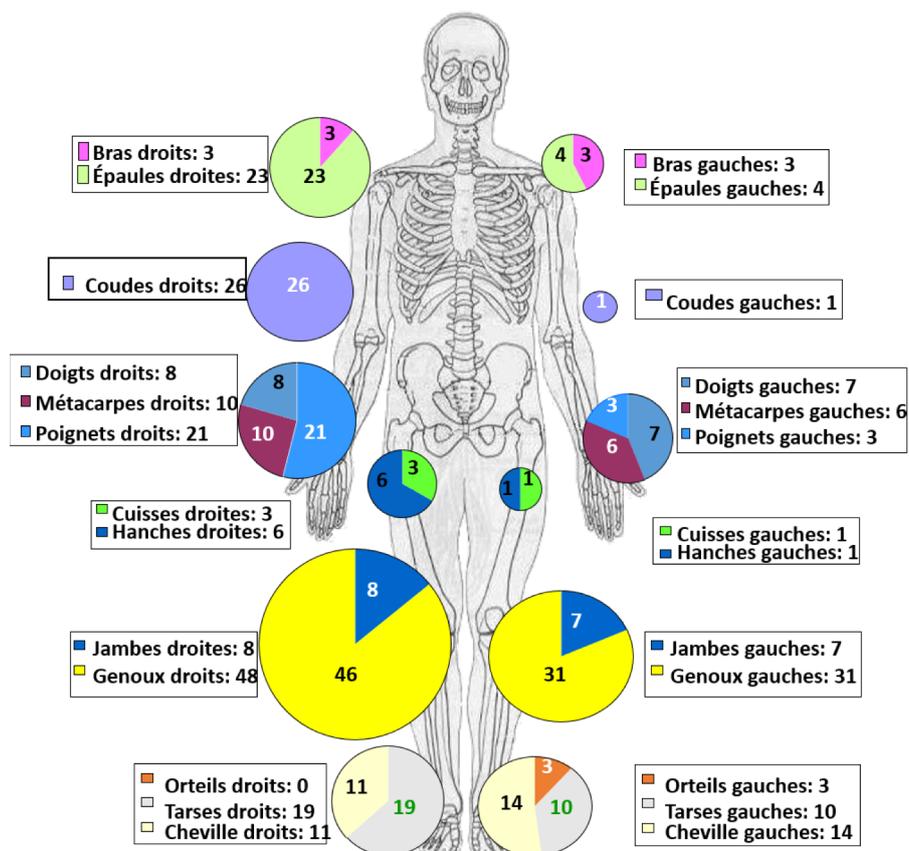


Figure 1 : répartition des zones traitées pour l'ensemble des patients



## 2. Données spécifiques

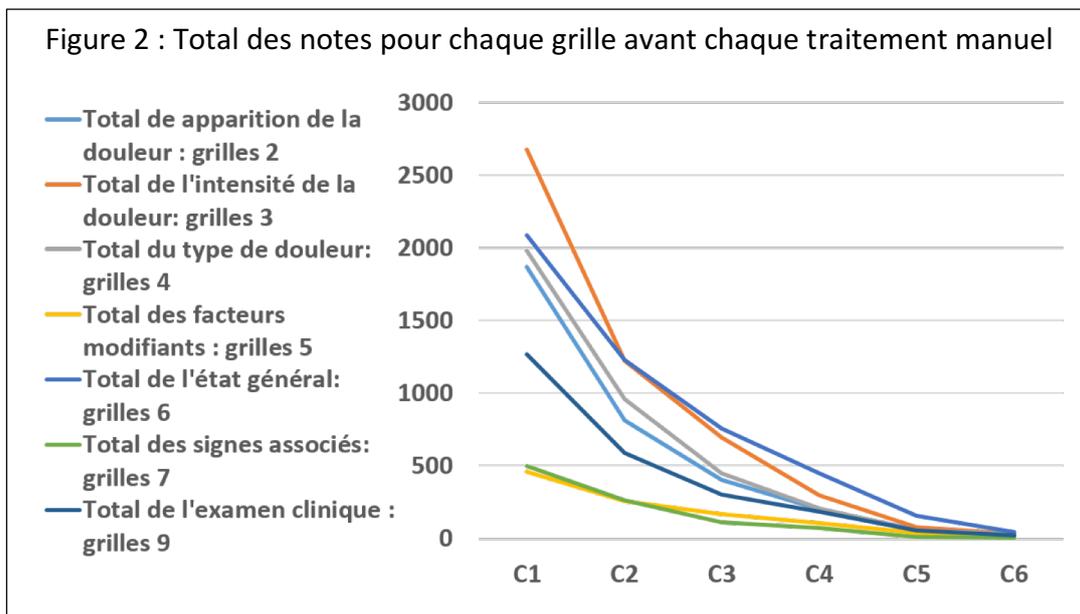
Afin de voir l'évolution après chaque traitement, nous avons effectué une somme des notes mises par tous les patients pour chaque critère (tableau 8).

Tableau 8 : Résultats de l'ensemble des 7 critères pour les 95 patients

Résultats sur 95	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Total du type de douleur: grilles 4	1982	959	448	206	56	32
Total des facteurs modifiants : grilles 5	459	258	167	108	42	11
Total de l'état général: grilles 6	2086	1227	758	448	155	47
Total de l'intensité de la douleur: grilles 3	2679	1226	695	297	80	34
Total de apparition de la douleur: grilles 2	1871	816	404	200	61	23
Total des signes associés: grilles 7	500	262	115	74	11	6
Total de l'examen clinique : grilles 9	1266	589	303	186	56	23
<b>Total Général</b>	<b>10843</b>	<b>5337</b>	<b>2890</b>	<b>1519</b>	<b>461</b>	<b>176</b>
Nombre évalués à chaque consultation	95	95	83	64	26	8
Moyenne générale de tous les critères	114.1	56.2	34.8	23.7	17.7	22
Évolution par rapport au début		-51%	-69%	-79%	-84%	-81%
Évolution entre chaque traitement		51%	18%	10%	5%	-3%

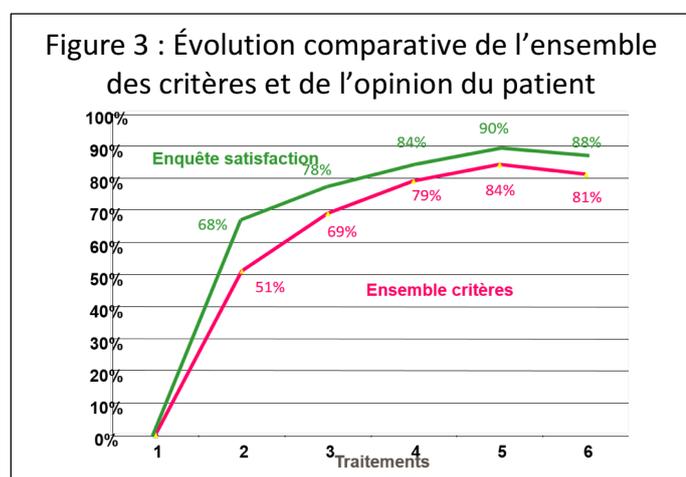
A la consultation C1 les totaux représentent les notes que les quatre-vingt-quinze patients restants ont comptabilisées avant notre premier traitement manuel. Ils représentent donc l'ensemble de leur état de début, incluant l'effet des traitements antérieurs, pour ceux qui en avaient eu. A la consultation C2 les totaux représentent les notes de ces quatre-vingt-quinze mêmes patients, environ dix jours après le premier traitement d'une dysfonction périphérique. Nous voyons que le nombre de patient évalués diminue alors progressivement, pour descendre à huit à la consultation C6, puisqu'à chaque traitement, un certain nombre de patients étaient satisfaits.

En faisant la somme à chaque consultation de l'ensemble des sept grilles (six notés par le patient et une par le médecin) et en divisant ces sommes par le nombre de patients restants, non satisfaits totalement du résultat, nous avons calculé l'évolution générale par rapport au début et l'impact de chaque traitement manuel (fig.2).



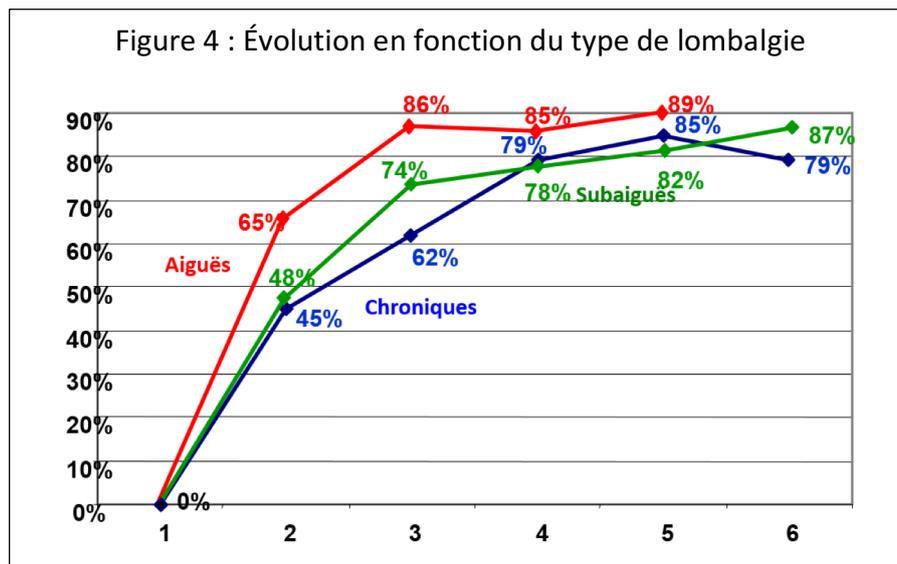
Un total des notes moins important pour une consultation par rapport à la précédente, et rapporté au nombre de patients concerné, signifie une amélioration. Nous remarquons que la pente la plus importante concerne l'intensité de la douleur, ce qui est logique puisque les totaux des notes sont les plus importants à la première consultation, mais ce qui montre également que c'est l'impact le plus important du traitement manuel appliqué.

Toujours à partir du tableau 7 nous avons établi la courbe sur l'évolution de l'ensemble des résultats des 6 grilles à chaque consultation (fig. 3) et nous l'avons comparée à la courbe obtenue par l'enquête de satisfaction (grille 8 donné par le patient).



Nous pouvons remarquer, d'après ces deux courbes, que la différence entre l'enquête de satisfaction et l'évolution de l'ensemble des critères est minime. Cependant les résultats de l'enquête de satisfaction (critère moins objectif) sont sensiblement meilleurs : 84% d'amélioration contre 79%, ceci après trois traitements.

Nous avons identifié les trois groupes de lombalgies et selon le même principe à partir du tableau 7 nous avons établi les courbes pour chaque type. Il était intéressant de voir si on pouvait trouver une différence entre les différents types de lombalgies.



L'étude comparative (fig. : 4) a été donc effectuée en fonction du type de lombalgie (aiguë, subaiguë, chronique).

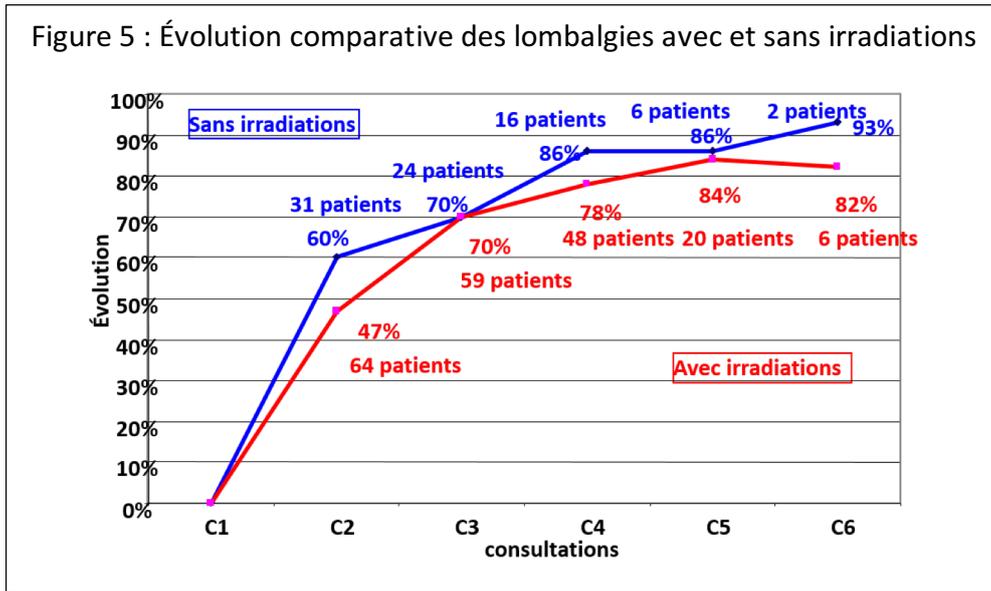
Les courbes sont comparables quel que soit le type de lombalgie. Le premier traitement apporte l'essentiel, les effets au-delà du troisième traitement étant négligeables. Logiquement le soulagement est plus rapide pour les lombalgies aiguës (86% d'amélioration après deux traitements) et plus progressif pour les chroniques.

Seulement deux patients présentant une lombalgie aiguë ont eu moins de 70% d'amélioration après deux traitements, trois présentant une subaiguë ont eu moins de 70% d'amélioration après trois traitements et quatre présentant une chronique ont eu moins de 70% d'amélioration après quatre traitements. Une amélioration significative immédiate de plus de 70% est donc constatée pour 86 patients.

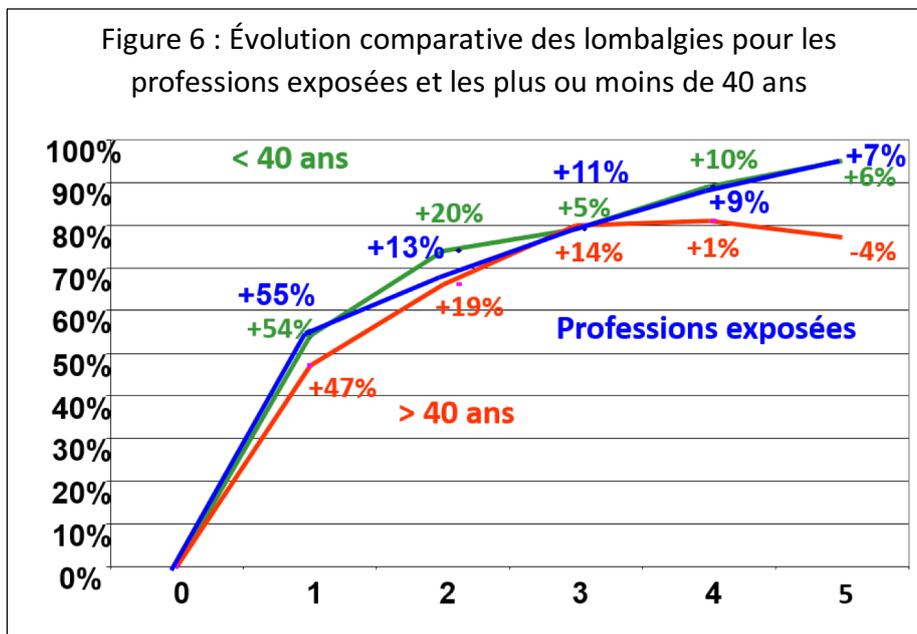
Nous avons également établi la courbe de l'évolution des lombalgies présentant une irradiation et nous l'avons comparé avec celle de l'évolution des lombalgies sans irradiations (fig.5).

Nous pouvons constater que les résultats apparaissent meilleurs et plus rapides pour les patients n'ayant pas d'irradiations, puisque nous avons 60% d'amélioration après un seul traitement, contre 47% pour les lombalgies avec irradiations. Même si le résultat à la fin de

l'étude montre une différence de 10%, nous pouvons dire que dans l'ensemble elle n'est pas significative.



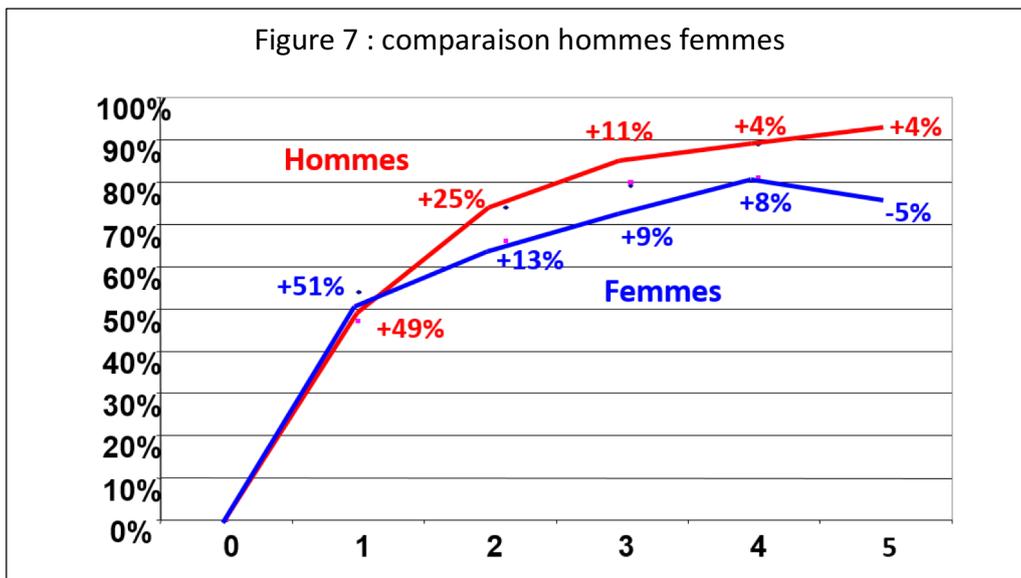
Une autre comparaison (fig. 6) a été faite sur le même mode en fonction de l'âge par rapport aux catégories socioprofessionnelles exposées. Soixante et un patients ont plus de quarante ans, trente-quatre moins de quarante ans, et trente sont considérés comme des professions exposées.



Il apparaît meilleur pour les moins de 40 ans, ce qui est assez logique, mais aussi pour les professions exposées. Cela peut s'expliquer par le fait que ce sont des patients qui ont eu plus de traumatismes sur les membres, et donc que le traitement de ces dysfonctions ont automatiquement été plus bénéfiques.

La répartition des professions est la suivante : Ont été considéré comme professions non exposées, vingt retraités, dix-huit fonctionnaires et employés de bureau, sept étudiants, sept cadres, six commerçants, cinq enseignants deux sans professions, soit 65 patients. Les professions considérées comme exposées aux lombalgies sont au nombre de trente, soit douze artisans et ouvriers, dix agriculteurs, cinq chauffeurs livreurs, trois infirmières.

La dernière comparaison que nous présentons concerne celle entre les cinquante-six hommes et les trente-neuf femmes (fig.7).



Cette comparaison montre une différence de plus de 10% en faveur des hommes, ce qui peut s'expliquer par les mêmes raisons que les professions exposées.

### 3. Constats ultérieurs

Dans la mesure où nous avons pu revoir ou contacter un certain nombre de patients dix ans après cette étude, nous avons admis comme une amélioration temporaire, ceux ayant eu une récurrence de leur lombalgie au cours des quatre années suivantes, comme une amélioration durable ceux qui ont eu une récurrence entre quatre et dix ans, et comme une possible guérison ceux qui n'avaient pas eu de récurrences durant ces dix ans. Une amélioration significative correspond à une baisse de la note globale pour l'ensemble des critères de plus de 70%, constatée à la fin de cette étude.

Nous avons pu revoir quarante et un patients et en contacter vingt-quatre, dix ans après. Sur ces soixante-cinq patients, vingt-neuf, soit près de 45% n'avaient pas eu de nouvelle lombalgie, dont quatre classés dans les lombalgies aiguës, treize dans les subaiguës et douze dans les chroniques. Parmi ceux qui ont eu une récurrence (trente-six), 47% n'en ont pas eu au cours des quatre années suivantes. Neuf ont de nouveau eu une lombalgie un an après, dix, deux à trois ans après, dix quatre et cinq ans après, trois six et sept ans après et quatre huit et neuf ans plus tard.

#### 4. Etat des lieux

A partir de ces résultats, nous considérons que sur les 100 patients nous avons eu cinq échecs représentés par les patients n'étant pas revenus après le 1<sup>o</sup> traitement, dix-neuf améliorations temporaires qui sont les patients ayant eu une ou plusieurs récurrences au cours des quatre premières années suivantes, dix-sept une amélioration durable, n'ayant pas eu de récurrences les quatre premières années et vingt-neuf possibles guérisons puisque c'est le nombre de patient n'ayant pas eu de récurrences au cours de dix ans suivant les traitements. Pour les trente patients restants que nous n'avons ni revu, ni pu contacter, nous ne pouvons que constater une amélioration variable aussitôt après les traitements.

### D. Discussion

#### 1. En ce qui concerne les biais de cette étude

Malgré nos efforts pour appliquer un nombre important de critères validés, nous sommes très conscients que les biais de cette étude sont importants. En effet l'absence de randomisation, de traitements croisés, de groupe témoin et l'intervention d'un seul médecin opérateur relativise la valeur de cette étude.

Nous devons souligner les difficultés, pour un médecin en pratique de ville, d'appliquer ces consignes, car les patients venant en consultation chez un médecin ostéopathe, le plus souvent après échec d'autres thérapeutiques, viennent pour un traitement manuel s'il s'avère possible. D'autre part le traitement placebo met directement en cause la responsabilité et la réputation du médecin.

Il est bien évident que l'attente des patients, après leurs échecs thérapeutiques, a contribué favorablement à l'évolution de leurs lombalgies. Un autre biais constaté est le fait que certains patients étaient déjà venus en consultation avant cette étude, et qu'ils n'ont pas été exclus. Sur les cent patients, dix-neuf avaient déjà eu un traitement manuel, mais seulement deux pour un problème de lombalgie.

Enfin, les délais entre un traitement et l'évaluation de son effet, sont variables d'un patient à l'autre et entre deux traitements. Cela est lié à la difficulté de la gestion du temps, aussi bien pour les patients que pour le médecin libéral. Il en est de même pour la durée générale de l'étude sur 5 mois.

#### 2. En ce qui concerne les résultats

L'analyse de cette étude semble montrer des relations possibles entre la lombalgie et les dysfonctions situées sur les membres. La Fondation Européenne pour l'Amélioration des conditions de vie et de Travail (FACT agence) souligne, que bien que les problèmes de disque inter vertébral soient détectables par certains examens, d'autres anomalies telles que les traumatismes musculaires et d'autres lésions des tissus mous peuvent souvent ne pas être détectées par ces mêmes techniques. Ceci nous amène à discuter les conclusions de diverses études et méta analyses. Nous notons que ces études ne font pas référence aux dysfonctions

des membres, mais à des traitements manipulatifs de la colonne vertébrale pour le soin des lombalgies. Il nous paraît donc intéressant, pour de futures études, de prendre en compte les dysfonctions des membres quelle que soit leur ancienneté ou le type de lombalgie.

L'effet principal étant généralement observé après la 3ème séance, nous faisons l'hypothèse que des séances supplémentaires auraient pour but essentiel d'éviter les rechutes à court terme, puisque celles-ci n'ont apparues que quelques années après, pour la majorité des patients et le plus souvent de façon bien moins importante.

De plus nous avons fréquemment constaté que nos traitements provoquaient presque immédiatement des modifications posturales et de courbure de la colonne vertébrale, ce qui nous permet d'avancer l'hypothèse qu'une relation entre les dysfonctions des membres, les anomalies posturales et la lombalgie semble plus que probable et nécessiterait une recherche plus approfondie.

## **E. Conclusion**

Cette étude sur cent patients en pratique de ville met en relation directe le traitement ostéopathe des dysfonctions des membres, dites périphériques et les lombalgies. Du fait que les résultats semblent favorables après échec d'autres thérapeutiques, avec près de 80% d'amélioration, il semble difficile d'attribuer un tel résultat au simple effet placebo ou à la guérison spontanée, car il faut tenir compte, que près de la moitié des patients présentaient, rappelons-le, une lombalgie chronique.

Nous avons déjà souligné les difficultés d'appliquer strictement les consignes internationales pour valider une étude clinique en pratique de ville. Soulignons qu'elles ont été établies pour valider des effets pharmacologiques, et qu'elles ne sont pas obligatoirement applicables stricto sensu pour une thérapie manuelle. Une réflexion sur ce sujet serait à notre avis nécessaire.

Il nous faut également souligner la charge de travail importante que constitue l'explication des grilles d'évaluation et l'aide nécessaire apportée aux patients pour remplir le plus correctement et le plus objectivement possible ces grilles. La multiplication des critères augmente ce travail, et à l'analyse des résultats, il nous semble qu'un choix judicieux de seulement deux ou trois critères devrait suffire à une analyse correcte de l'évolution entre deux traitements.

Enfin, une autre difficulté, et non des moindres, est la recherche systématique sur les membres de la moindre dysfonction, qui n'est pas obligatoirement douloureuse, et le choix de celle sur laquelle on applique un traitement manuel. Une telle étude entreprise par un groupe de médecins ostéopathes, impliquerait en préambule, un protocole strict de l'examen et des critères d'identification des dysfonctions.

Nous espérons cependant que la publication de cette étude ouvre une voie prometteuse dans la recherche des liens entre dysfonctions des articulations périphériques et lombalgie,

et incite à entreprendre des études complémentaires reposant sur une méthodologie rigoureuse afin de confirmer ces résultats tout en soulignant les intérêts d'une telle démarche.

En effet, applicable chez des patients où l'intervention manuelle sur la colonne vertébrale présente des difficultés ou des risques, nous sommes convaincu que cette voie doit aider la pratique ostéopathique, et montrer son efficacité dans la lombalgie avec toutes les conséquences de santé publique et socio-économiques que l'on connaît.