

La récupération de fonction



Pourquoi le faire :

- Tester la **stabilité** de la réduction du **dérangement**
- Diminuer la **kinésiophobie** en flexion
- **Remodeler** le tissu cicatriciel



Quand y penser :

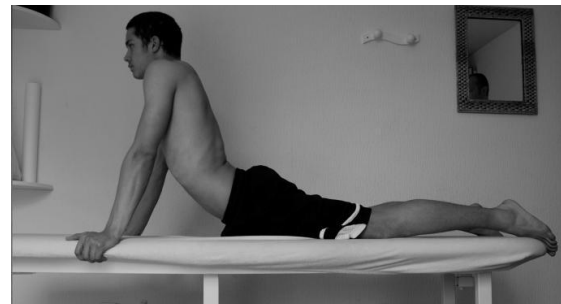
le plus tôt possible !

Dès que l'on atteint un **plateau** dans la progression, depuis 24h pour les cervicales, 3 jours pour les lombaires, malgré une progression/régression des forces adaptée. On peut tolérer une irradiation jusqu'au pli fessier ou partie supérieure de la scapula.



3 conditions avant de commencer :

- ✓ les exercices dans la **préférence directionnelle** sont **indolores et n'améliorent plus**
- ✓ la **direction opposée** est indolore ou très légèrement douloureuse (douleur centrale)
- ✓ **pas de douleur ni de perte d'amplitude** après la répétition d'exercice dans la direction opposée
SE, SE ou P, PE



Comment le faire :

- **après la mi-journée**
(disque fragile le matin due à l'hydratation nocturne)
- en **progression des forces** Flexion en Décubitus pendant 1 semaine, puis en flexion assis 1 semaine, et enfin flexion debout 1 semaine.
- en lombaire en **flexion**,
en cervicale en flexion, **rotation** et **inclinaison**
- pas nécessaire après un dérangement antérieur



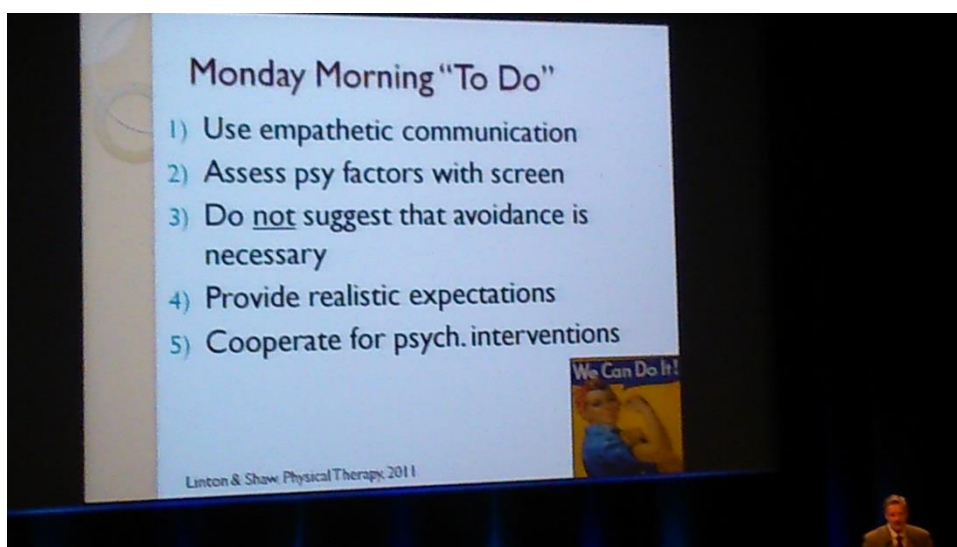
Que dit la littérature :

- Pas encore d'étude conduite sur le protocole MDT
- une étude physiologique d'Adams (2012) sur le phénomène de la cicatrisation du disque intervertébrale
- Un essai contrôlé randomisé de Woods (2007) sur un protocole d'exposition graduelle (thérapie cognitivo-comportementale)
- Une revue de littérature de Vlaeyen et Linton (2000) sur le modèle de fear-avoidance (crainte-évitement) dans le développement de douleur chronique
- **Ci-joint, les résumés traduits des articles cités**

En bonus, la très instructive "diapo du Lundi" de Steven J. Linton (co-auteur de cet article) aux JFK 2015:

"A faire" lundi matin

- 1) Utiliser une communication empathique
- 2) Evaluer les facteurs psychologiques avec des outils
- 3) NE PAS suggérer que l'évitement est nécessaire
- 4) fournir un pronostic réaliste
- 5) coopérer pour une intervention psychologique



Cicatrisation du disque intervertébral douloureux : implications en kinésithérapie

Healing of painful intervertebral discs: implications for physiotherapy

Part 1 — the basic science of intervertebral discs healing

Manos Stefanakis¹, Sarah Key², Michael A. Adams¹

Centre for Comparative and Clinical Anatomy, University of Bristol, UK, Private
Physiotherapist and author

Contexte : Les études épidémiologiques montrent une forte association entre la dégénérescence du disque intervertébral et la douleur dorso-lombaire, notamment que les changements de structure tels que les déchirures de l'annulus sont plus étroitement liés à la douleur. Cependant, peu d'efforts ont été faits pour lier la douleur dorso-lombaire aux lésions du disque chez les patients, ou pour traiter les lésions du disque de la même façon qu'une lésion ligamentaire ou tendineuse.

Objectif : Réinterpréter la littérature scientifique afin de fournir une justification aux traitements kinésithérapiques qui visent à promouvoir une "cicatrisation discale".

Principaux résultats : Les disques intervertébraux se détériorent avec l'âge, depuis le nucleus vers l'extérieur, suivant des facteurs génétiques, métaboliques et suivant la contrainte mécanique. Par ailleurs, les disques humains "douloureux" retirés chirurgicalement montrent souvent un processus inflammatoire actif qui s'étend de l'extérieur vers l'intérieur. Il y a de plus en plus de preuve que le ligament externe de l'annulus peut être ré-innervé et sensibilisé à la douleur par une réponse de type inflammatoire due à une blessure ou à un nucleus pulposus déplacé.

Les études animales confirment que les cicatrisations du disque apparaissent seulement dans la partie externe de l'annulus et du plateau vertébral, là où la densité de cellules et le transport métabolique sont les plus importants. Identifier une douleur discogénique n'est pas aisée, mais des techniques sont disponibles. La cicatrisation de la périphérie du disque a un potentiel de soulagement de la douleur, en réduisant l'inflammation et en restaurant la fonction.

Conclusion : la kinésithérapie devrait viser à promouvoir la cicatrisation de la périphérie du disque, en stimulant l'activité cellulaire et le transport métabolique, en évitant la formation d'adhérences et en prévenant les rechutes. Ce type d'approche, qui peut être enseignée en formation initiale ou continue, a le potentiel d'apporter un soulagement à un grand nombre de patients souffrant de douleurs dorso-lombaires, grâce à l'auto-traitement.

Keywords: Discogenic pain, Intervertebral disc, Rehabilitation, Spinal biomechanics

Evaluation de l'efficacité de l'exposition graduelle *in vivo* pour le traitement de la crainte chez le patient lombalgique chronique : Un essai clinique randomisé contrôlé.

Evaluating the efficacy of graded *in vivo* exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: A randomized controlled clinical trial

Marc P. Woods ^{a,*}, Gordon J.G. Asmundson ^b

1. Department of Psychology, University of Regina, Regina, SK, S4S 0A2, Canada
2. Faculty of Kinesiology and Health Studies, Department of Psychology, University of Regina, Regina, SK, S4S 0A2, Canada

Received 27 September 2006; received in revised form 25 June 2007; accepted 29 June 2007

Résumé

Les traitements psychologiques pour la douleur chronique, particulièrement ceux basés sur les principes cognitivo-comportementaux, se sont généralement révélés efficaces. Récemment, un traitement basé sur le modèle de crainte-évitement des douleurs musculo-squelettiques chroniques a été développé, qui suggère que la douleur chronique peut être soulagée en exposant l'individu aux mouvements et aux tâches qui ont été évités à cause de la peur de se (re)blesser. Ce traitement par exposition graduelle *in vivo* s'est révélé bénéfique dans des études de cas. La présente étude a utilisé une méthode d'essai randomisé contrôlé pour évaluer l'efficacité de l'exposition graduée *in vivo* en comparaison à d'autres situations. Quarante-quatre patients lombalgiques chroniques ont été assignés de façon aléatoire soit à l'exposition graduée *in vivo*, soit aux activités graduées ou encore placés sur une liste d'attente. Alors que seule une différence de tendance a été observée pour l'incapacité liée à la douleur, les patients du groupe « exposition graduelle *in vivo* » ont montré : (a) une amélioration significativement plus importante des mesures de crainte de la douleur et du mouvement, des croyances concernant la crainte et l'évitement, l'anxiété liée à la douleur, et la perte de confiance en soi gestuelle liée à la douleur, comparés aux patients du groupe « activités graduées », et (b) une amélioration significativement plus importante des mesures de croyances concernant la crainte et l'évitement, la crainte de la douleur et du mouvement, l'anxiété liée à la douleur, le catastrophisme lié à la

douleur, la sensation de douleur, et l'anxiété et la dépression en comparaison avec les patients placés sur liste d'attente. En outre, les patients du groupe exposition graduelle *in vivo* ont maintenu leurs améliorations dans ces domaines lors du suivi à un mois. Les implications de ces découvertes pour le traitement de personnes présentant une lombalgie chronique et d'autres types de douleur sont discutées.

Procédures des traitements évalués

Protocole d'activités graduées

Les activités graduées, basées sur les principes du conditionnement opérant, comprennent l'intégration de comportement sain à travers le renforcement positifs de quotas d'activités prédéfinies. Tous les exercices et activités appliqués au groupe d'activité graduées sont dérivés de traitements kinésithérapiques existants pour la lombalgie, et chaque programme d'activité graduée pour chaque patient était basé sur son travail, ses demandes et capacités fonctionnelles. Toutes les activités ont été conduites sous la supervision d'un kinésithérapeute diplômé.

Protocole d'exposition graduée *in vivo*

La thérapie manuelle pour l'exposition graduelle in-vivo était basé sur le travail de Vlaeyen et al.(2002). En bref, L'exposition graduée in-vivo comportait une éducation du patient à propos des perspectives cognitivo-comportementales sur la la crainte-évitement et sur ces conséquences, suivi par une application des techniques d'exposition graduée. La première séance consistait en un entretien d'évaluation, une éducation du patient à propos du modèle crainte/évitement de la douleur chronique, une formulation du problème du patient dans ce contexte, l'évaluation des activités craintes et l'établissement d'une hiérarchie des mouvements générateurs de crainte à partir de séries de photographie d'activités de la vie quotidienne (PHODA; Kugker et al. 1999). Les séances 2 à 5 étaient consacrées presque entièrement à l'exposition graduelle aux activités identifiées suivant la hiérarchie de la crainte. Des tests de comportements étaient effectués afin de contester les attentes du patient (par exemple, "Je vais être sévèrement

re-blessé si j'essaie cette activité"). Avant chaque exposition, le niveau de douleur actuelle et attendu ainsi que le niveau d'anxiété lié à l'activité étaient notés sur une échelle de 0 à 10 où 0= pas de douleur, de crainte et 10= le plus de douleur ou d'anxiété possible. Après l'exposition aux différentes tâches, le niveau de douleur et de crainte réellement ressenties pendant la tâche étaient évaluées en utilisant la même échelle de 0 à 10. La dernière séance était utilisée pour revoir l'avancement du traitement et donner au patient des indications sur la prévention des rechutes. Toutes les séances ont été conduites par un étudiant psychologue clinicien et supervisé par un Docteur en Psychologie diplômé.

Le modèle de fear-avoidance (crainte-évitement) et ses conséquences dans la douleur musculo-squelettique chronique : un état des lieux

Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art

Johan W.S. Vlaeyen ^{a,b}, Steven J. Linton ^c

^aDepartment of Medical, Clinical and Experimental Psychology, Maastricht University, The Netherlands

^bInstitute for Rehabilitation Research, Behavioral Rehabilitation Research Program, Hoensbroek, The Netherlands

^c Department of Occupational and Environmental Medicine, Örebro, Sweden

Résumé

Dans le but d'expliquer comment et pourquoi certaines personnes ayant des douleurs musculo-squelettiques développent des syndromes de douleur chroniques, Lethem et al.(1983) ont introduit le modèle dit de « crainte-évitement ». Le concept central de ce modèle est la crainte de la douleur. "Confrontation" et "évitement" sont posés comme les deux réponses extrêmes à cette crainte. Tandis que la Confrontation mène à une réduction de cette crainte avec le temps, l'évitement mène à un maintien ou à l'exacerbation de cette crainte, voir génère un état phobique. Lors de la dernière décennie (1990-2000 NDLR), un nombre croissant d'étude ont corroboré et affiné le modèle crainte-évitement. Le but de cet article est de répertorier les preuves existantes du lien entre crainte et douleur, et ces conséquences immédiates et à long terme dans l'installation et le maintien d'un syndrome de douleur chronique. Nous avons d'abord souligné les possibles rôles précurseurs de la crainte liée à la douleur, notamment de mauvaises appréciations de stimuli interne ou externe, des affectes négatifs ou une sensibilité à l'anxiété peuvent jouer. Ensuite de nombreux processus de crainte liée vont être discutés, notamment le comportement de fuite et d'évitement résultant de mauvais comportements, hyper vigilance aux informations pathologiques internes et externes, réactivité musculaire, et inactivité physique en terme de déconditionnement et de prudence au mouvement. Nous avons aussi répertorié les méthodes d'évaluations disponibles pour la quantification de la crainte liée à la douleur et l'évitement. Enfin nous discutons des implications des découvertes récentes pour la prévention et le traitement des douleurs musculo-squelettiques chroniques. Bien qu'il reste un certain nombre de question sans réponses qui mérite de futur recherche, le modèle fear-avoidance (crainte liée à la douleur et évitement) apparait comme un élément essentiel dans le développement d'un problème chronique pour un nombre conséquent de patient avec des douleurs musculo-squelettiques.