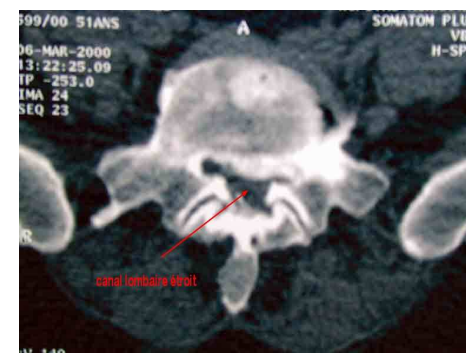


Evaluation d'un programme de mobilisation rachidienne dans le traitement du Canal Lombaire Etroit Acquis après infiltration épidurale.



1^{ère} journée inter-régionale de recherche paramédicale
30 mai 2013 Nancy

Pier Lee, Masseur kinésithérapeute, CHU-Bordeaux.



Justification scientifique

Population concernée :

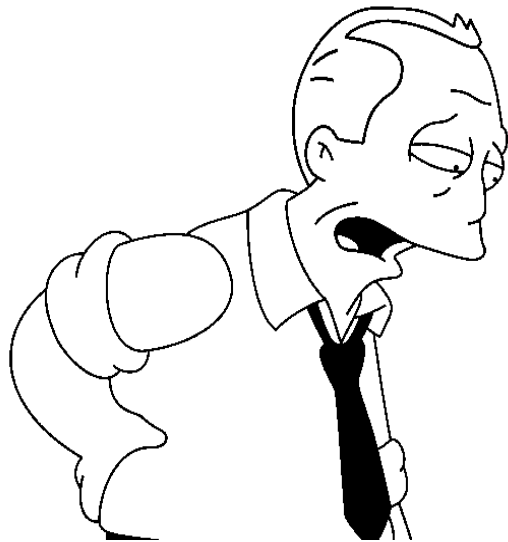
Pathologie Fréquente dans le cadre d'une population vieillissante

- Incidence 11.5 / 100 000 / an
- Rapport homme / femme de 1.28
- 20% des radiculalgies lombaires de + de 65 ans

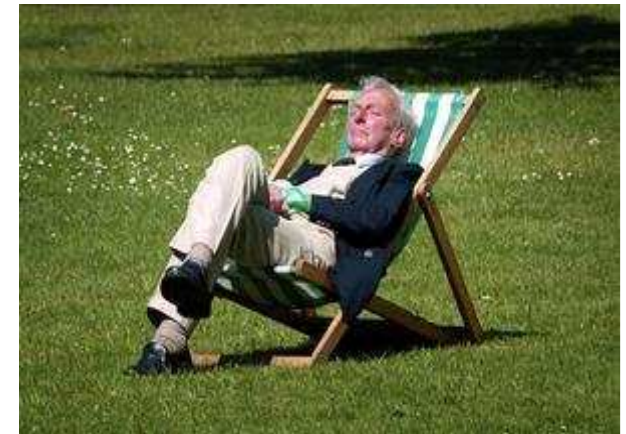


Physiopathologie :

4 hypothèses tentent d'expliquer la symptomatologie douloureuse :



- Phénomène Mécanique
- Problème Inflammatoire
- Cause Vasculaire
- Le Déconditionnement à l'effort



Hypothèse de départ

Une prise en charge kinésithérapique centrée sur des exercices de mobilisations lombo-pelviennes permet :

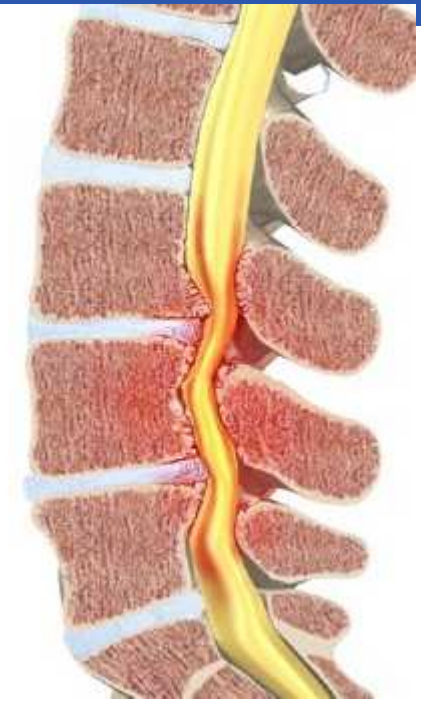
- d'améliorer l'état circulatoire vertébral local intra-canalair
- d'augmenter la durée des effets des infiltrations au-delà de trois mois.



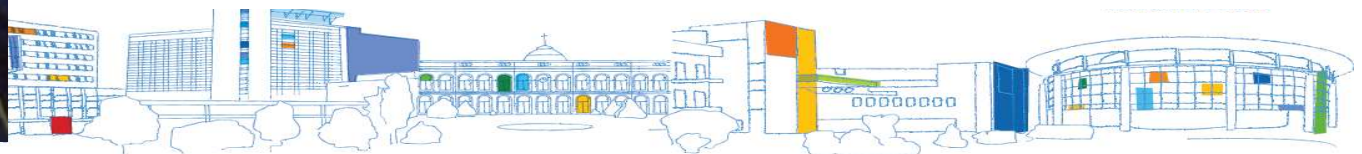
Traitements

Chirurgical

- Gold Standard = Recalibrage du canal rachidien



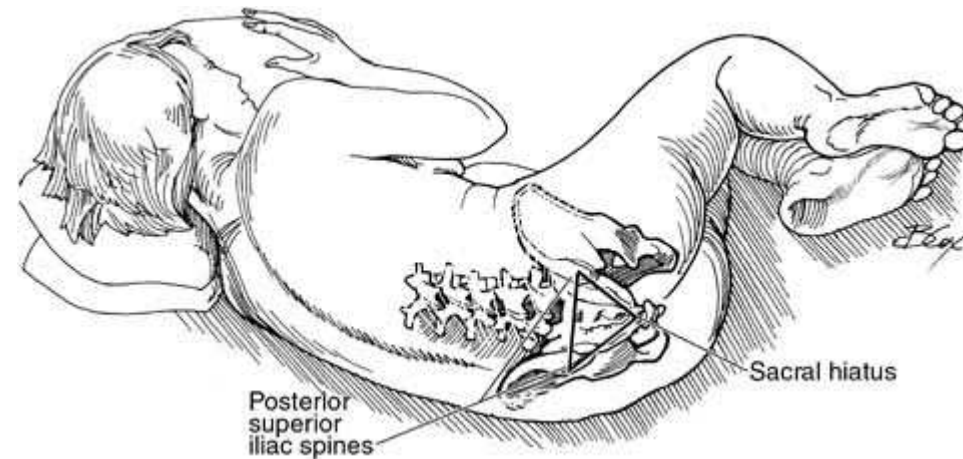
- Bénéfice du geste opératoire est plus fragile chez le patient âgé
- Résultats de la chirurgie reportée sont équivalents



Traitement ALTERNATIF de première intention

⇒ Il est adressé aux patients présentant des symptômes légers à modérés.

a. Infiltration Epidurale



b. Rééducation

➤ **En cyphose** (selon WILLAMS, 1955...)

➔ **recommandations de l'ANAES de 1998**

La Diminution de la lordose lombaire vers la cyphose

⇒ décompression de la partie postérieure du disque

⇒ une ouverture du canal rachidien.

➔ **Elle répond à la cause mécanique et inflammatoire.**



→ Que fait-on de la cause vasculaire et de déconditionnement?

→ Le bénéfice immédiat obtenu grâce aux infiltrations a disparu dans 80% des cas, trois mois après l'infiltration, qu'il y ait rééducation en cyphose ou non.

⇒ Ce défaut de bénéfice observé est-il lié à la négligence de certains aspects physiopathologiques du CLE ?



➤ En mobilité

Certaines études récentes indiquent que :

- « dynamisation + mobilisation rachidienne » > « dynamisation + rééducation en cyphose » (WHITMAN et coll., 2006)
- « Infiltration + rééducation en mobilité » > « infiltration + rééducation en cyphose » (Lemarchand et coll., 2008)

➔ Ces études comportent des biais méthodologiques.

➔ Nécessité d'une étude plus rigoureuse sur le plan méthodologique.



Objectifs

⇒ Confirmer la supériorité d'un programme en mobilisation rachidienne versus un programme rééducatif en cyphose

⇒ Analyser la compliance des patients à l'auto-rééducation



Outils d'évaluation

Critère d'évaluation Principal :

Le périmètre de marche maximal à 90j post-infiltration (en %age p/r à la pré-inclusion)



Critères d'évaluation secondaires :

- EVA (douleur lombaire et radiculaire)
 - Périmètre de marche maximal
- À J-30 / J1, J5, J30, J90 et J365

- SCORE de QUEBEC (impotence fonctionnelle)
 - Score de la JOA (lombo-radiculalgie)
 - Score DN4 (neuropathie)
 - Score SF12 (état de santé)
- À J-30 / J1, J30, J90 et J365



Critères d'inclusion

- Patient âgé > 50 ans
- Patient souffrant d'un canal lombaire étroit central acquis multi étagé (suivant l'avis d'un médecin expérimenté dans le domaine : Chirurgien, Orthopédiste, Rhumatologue, MPR du CHU de Bordeaux)
- Patient souffrant depuis au moins trois mois
- Patient présentant des douleurs radiculaires supérieures aux douleurs lombaires
- Patient ayant un périmètre de marche inférieur à 1000m
- Consentement oral éclairé post information orale



Critères de non inclusion

- Patient souffrant d'une pathologie intercurrente limitant le périmètre de marche (artériopathie, insuffisance cardio-respiratoire, arthrose invalidante des membres inférieurs...)
- Patient présentant des antécédents de chirurgie du rachis pour CLE
- Patient présentant une arthrodèse lombaire étendue (supérieure ou égale à 2 niveaux)
- Patient présentant un spondylolisthésis, dégénératif mono segmentaire
- Patient présentant une sténose foraminale
- Patient présentant un déficit moteur des membres inférieurs, ou présence d'un syndrome de la queue de cheval
- Patient présentant des troubles de la coagulation ou des allergies contre-indiquant les infiltrations épidurales



Schéma de la recherche

Etude prospective, monocentrique, randomisée, de supériorité comprenant

2 Groupes de patients (137 patients par groupe) :

- **groupe C** : (groupe contrôle) Infiltration + kinésithérapie classique en cyphose + éducation du patient + auto rééducation à domicile
- **groupe M** : (groupe test) Infiltration + kinésithérapie mobilisatrice du rachis + éducation au patient + auto rééducation à domicile



Recrutement et durée de la recherche :

- Durée de la période d'inclusion : 2 ans
- Durée de participation par patient : 1 an
- Durée totale de la recherche : 3 ans



Bénéfices attendus

- Permettre aux patients porteurs de CLE d'améliorer de manière durable leurs capacités fonctionnelles, leur qualité de vie, leur autonomie et par voie de conséquence leur indépendance.
- Diminuer le nombre de consultations itératives et le nomadisme médical et/ou paramédical
- Diminuer la consommation d'antalgiques
- Éviter les actes invasifs et les risques de morbidité afférents
- Travailler en coordination et concertations avec médecins, rééducateurs, infirmiers, aides soignants pour la sélection, l'encadrement et l'accompagnement des patients
- Différer la chirurgie des CLE dont on sait que les effets bénéfiques ont aussi une durabilité limitée, de manière à accorder un capital temps supplémentaire aux patients.



Bénéfices attendus

- Faire évoluer les recommandations professionnelles
- Evolution des techniques de rééducation





Merci de votre attention

