



BIEN soigner





Lombalgie, sciatique, scoliose, hernie discale...

Ces seuls mots suffisent à nous faire frémir, car nous sommes très nombreux à souffrir – ou à avoir souffert – du dos. Et avec l'âge, cela ne s'arrange pas, parfois même au point d'entraver notre mobilité. Heureusement, des solutions existent pour soulager ces douleurs, mais aussi pour les prévenir. Les explications et les conseils de nos experts.

SOPHIE VIGUIER-VINSON

NOS EXPERTS

Pr Gilles Avenel, rhumatologue au CHU de Rouen et président de la section rachis de la Société française de rhumatologie.

Dr Violaine Foltz, rhumatologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris).

Pr Stéphane Genevay, rhumatologue à Genève, en Suisse.

Pr Jérôme Guicheux, directeur de recherche à l'Inserm et au CHU de Nantes.

Yves Henrotin, professeur de kinésithérapie et réadaptation fonctionnelle à Liège, en Belgique.

Dr Marc Marty, rhumatologue à l'hôpital Henri-Mondor (Créteil).

Dr Kim Nguyen, rhumatologue à Orléans.

Pr Patrick Tropiano, chirurgien orthopédique à Marseille.

GETTY IMAGES

Ayez bon dos

COMMENT EN PRENDRE SOIN





Décryptage

MAUVAISE POSTURE,
SÉDENTARITÉ,
STRESS... LES CAUSES
DES MAUX SONT
MULTIPLES. ALORS
POUR PRÉSERVER
NOTRE DOS, ON
LE PREND EN MAIN!



9 QUESTIONS SUR LE DOS ET SES DOULEURS

Qui n'a pas un jour eu mal aux lombaires ou aux cervicales? Un peu, beaucoup, parfois énormément... et trop longtemps. Explorons cette partie du corps à la fois sensible, complexe et exposée à de fortes tensions.

SOPHIE VIGUIER-VINSON

Une étude australienne publiée en 2023 a tiré le signal d'alarme : nous sommes de plus en plus nombreux dans le monde à souffrir du dos, et l'incidence a tant augmenté que le nombre d'individus touchés, estimé à 619 millions en 2020, pourrait atteindre 843 millions d'ici à 2050⁽¹⁾. En France, quatre personnes sur cinq souffrent de lombalgie commune au cours de leur vie, d'après l'Assurance maladie. Pourquoi? Réponses du Pr Gilles Avenel, rhumatologue au CHU de Rouen et président de la section rachis de la Société française de rhumatologie.

1 ON A PARLÉ DU MAL DE DOS COMME DU MAL DU SIÈCLE, EST-CE JUSTIFIÉ?

L'expression n'est pas usurpée en raison de l'importance de l'incidence, même s'il est difficile d'avoir des données précises, beaucoup de personnes ne consultant pas pour une douleur passagère. Dans 60% des cas, cette douleur est significative et, quatre fois sur dix, elle dure même plus de trois mois. Les études d'impact ont aussi montré que c'était la première cause de souffrance handicapante entraînant des journées d'invalidité dans le monde, quel que soit le niveau socio-économique du pays. D'autres pathologies ont elles aussi été qualifiées de « mal du siècle », comme l'obésité ou la dépression – elles pourraient d'ailleurs être corrélées.

2 EST-CE UNE ZONE SPÉCIALEMENT FRAGILE?

Elle est surtout complexe. Chaque vertèbre compte trois articulations, parmi lesquelles les disques intervertébraux, ainsi qu'un maillage de nerfs partant de la moelle épinière, un jeu de muscles et de ligaments nécessaire pour activer le système articulaire. Chaque élément pouvant faire l'objet de pathologies spécifiques (discopathies, hernies, sciatiques, déformations...) et de tensions dont la cause n'est pas toujours identifiée. La récurrence de ces problèmes peut aussi venir de la spécificité de l'être humain, seul bipède exclusif avec une posture verticale de la colonne vertébrale. L'adaptation n'a peut-être pas été parfaite, d'où des dysfonctionnements.

3 LES FEMMES EN SOUFFRENT-ELLES PLUS QUE LES HOMMES?

C'est ce qui semble ressortir des enquêtes sur la perception des problèmes de dos : six femmes pour quatre hommes s'en plaignent⁽²⁾. Elles consultent aussi davantage pour des douleurs dorsales chroniques, mais les hommes osent peut-être moins en faire état. De fait, les femmes y sont plus exposées pendant la grossesse et à la ménopause. Elles développent également plus de scoliozes de l'adulte, qui ne font d'ailleurs pas toujours mal. Quant à l'impact de l'ostéoporose, il est « lissé » dans le temps, les hommes après 70-75 ans en souffrant également, avec les mêmes répercussions. ●●



4 VIEILLISSEMENT ET MAL DE DOS SONT-ILS LIÉS ?

Quelques pathologies dorsales augmentent avec l'âge – tassements et fractures d'ostéoporose – tandis que certaines déformations sont accentuées, comme la cyphose (*lire p. 20*). Cela n'est pas toujours associé à des douleurs, et le vieillissement n'est pas forcément le critère le plus déterminant. D'ailleurs, la lombalgie chronique est relativement fréquente à l'adolescence. Elle est souvent imputée à la croissance, mais ne passe pas toujours ou elle revient et se renforce. Si la prévalence du mal de dos est présente à tout âge, on observe quand même une augmentation vers 50 ans.

5 LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL EST-ELLE IMPLIQUÉE ?

Mauvaises postures ou sollicitations excessives du dos peuvent provoquer des douleurs. Un mal qui représente 20% des accidents du travail⁽³⁾ ! Mais le dos est moins touché par les troubles musculosquelettiques (TMS) que les autres articulations : 7% contre 38% de TMS liés à un syndrome du canal carpien et 30% à un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule. La même proportion de lombalgies est constatée dans la plupart des catégories socioprofessionnelles, donc indépendamment de la charge physique. En revanche, le stress et la perception d'une pesanteur physique et psychique seraient corrélés à l'intensité de la douleur. Et bien sûr, il est plus difficile de travailler avec une lombalgie lorsqu'on porte des charges que dans un bureau...

6 LE SURPOIDS EST-IL COUPABLE ?

L'incidence du surpoids n'est pas si évidente, en tout cas, bien moins que pour le genou. Si l'obésité est tout de même reconnue comme un facteur de risque de la lombalgie, de nombreux autres se combinent. Pour preuve : une perte de poids importante après une chirurgie bariatrique, une intervention au niveau de l'estomac, ne se traduit pas forcément par la disparition des douleurs, par exemple. Des phénomènes inflammatoires, mais également la sédentarité, la génétique et l'état dépressif sont souvent associés à l'obésité comme au mal de dos.

Aussi une question d'hérédité

Plusieurs études montrent qu'il existe des facteurs génétiques importants à l'origine de phénomènes dégénératifs tels que l'arthrose. Ils en seraient les principaux responsables, devant le mode de vie et l'activité professionnelle. Néanmoins, ces phénomènes ne se traduisent pas forcément par une douleur, car celle-ci répond à un modèle biopsychosocial complexe. On peut donc penser qu'une partie des douleurs est transmise aux descendants à travers des mécanismes culturels et éducatifs, peut-être plus que par la génétique.

7 LA SÉDENTARITÉ EST-ELLE EN CAUSE ?

La sédentarité croissante, à tous les âges, est certainement une raison de l'augmentation du nombre de personnes touchées par des maux de dos. Il ressort des études que le seul traitement préventif et curatif de la lombalgie est l'activité physique, qui permet de limiter la chronicité et l'intensité de la douleur. L'effort doit être dosé pendant les crises et encadré de préférence par un professionnel de santé ou un coach sportif formé. Dans tous les cas « bouger plus », c'est le mot d'ordre pour moins souffrir.

8 PERÇOIT-ON TOUS LA MÊME DOULEUR ?

En partie seulement. Hernies, scolioses, arthrose... font beaucoup souffrir certaines personnes, et pas du tout d'autres. Différents paramètres physiologiques peuvent l'expliquer, mais le contexte psychologique joue aussi un rôle, le stress agissant comme une caisse de résonance de la douleur. Les messages envoyés par la zone touchée rejoignent diversement la moelle épinière et ne sont pas traités dans le centre de la douleur du cerveau de la même manière chez tous les individus. Plus on s'inquiète, plus on a mal... Pour aller mieux, il faut donc se rassurer sur les capacités de notre dos à assurer notre mobilité.



S'ÉTIRER
RÉGULIÈREMENT,
UN GESTE SIMPLE
QUI PERMET DE
NE PAS EN AVOIR
« PLEIN LE DOS »!

QUELLE EST LA PART DU STRESS?

La santé mentale a un fort retentissement sur le dos et le stress peut engendrer des tensions, comme des contractures très douloureuses. On note le même lien de cause à effet avec la dépression. À l'inverse, les personnes durablement touchées par un mal de dos invalidant, qui tape en continu sur le mental et empêche de bien dormir, sont davantage exposées au risque de dépression. D'où l'intérêt d'une prise en charge globale avec un médecin, un rhumatologue, un kiné et/ou un coach sportif et un psychologue. ●

(1) *Lancet Rheumatology*, 23 mai 2023.

(2) Sondage OpinionWay pour Vexim 2017.

(3) Assurance maladie.



QUAND le rachis SE TASSE

Perdre des centimètres, c'est normal avec le temps. Mais c'est à surveiller, surtout si cela intervient vite ou en cas de douleur associée. Alors, discopathie ou ostéoporose? Des spécialistes nous éclairent sur ces pathologies. s. v. v.

CELA PEUT ÊTRE DE L'OSTÉOPOROSE...

Une ostéoporose se caractérise par une perte osseuse quantitative et qualitative, responsable de fractures », explique la Dr Kim Nguyen, rhumatologue à Orléans. Tandis que la membrane externe des os s'amenuise, leur architecture interne se perfore peu à peu et leur structure se fragilise. Si elle touche plus les femmes à la ménopause, avec la disparition des œstrogènes, elle concerne aussi les hommes un peu plus tard. Une hérédité défavorable, la maigreur et la prise de certains traitements (hormonothérapie contre un cancer, corticoïdes au long cours) augmentent également les risques de déclarer cette pathologie. De même, un déficit de vitamine D, aggravé avec l'âge, ne permet plus une absorption suffisante du calcium, indispensable à la santé osseuse.

LES FRACTURES PEUVENT TOUCHER LA COLONNE

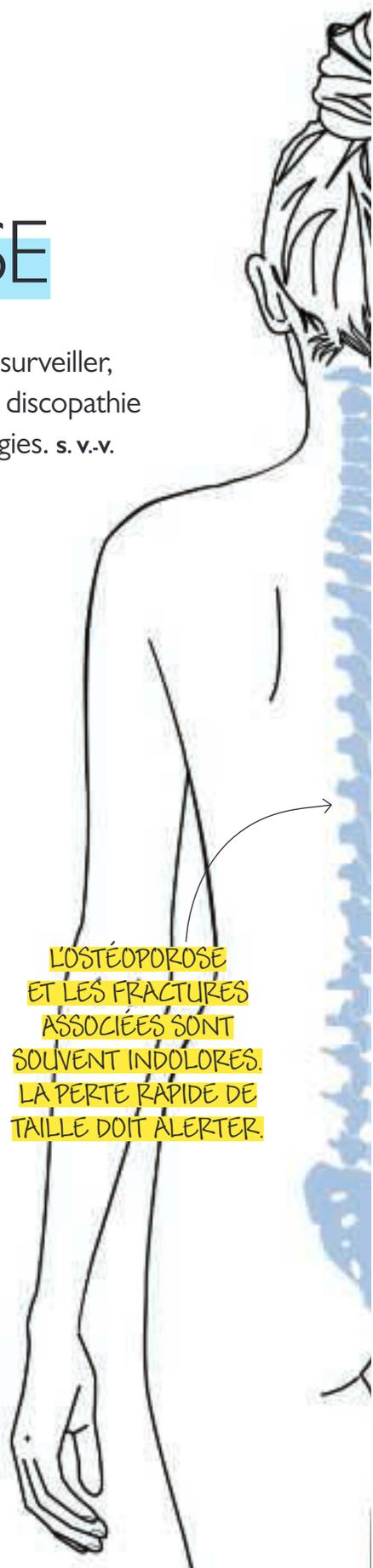
Selon l'Inserm, 480 000 cas de fractures ostéoporotiques ont été comptabilisés en 2019, souvent au poignet ou à la hanche, mais aussi au niveau des vertèbres. « Une douleur dorsale n'est pas toujours associée, on peut passer à côté et la perte rapide de centimètres doit alerter. La radiographie permet de détecter une ou

plusieurs fractures vertébrales en cascade, et l'ostéodensitométrie, d'évaluer la sévérité et l'ampleur de la maladie. »

LES SOLUTIONS QUI SOULAGENT

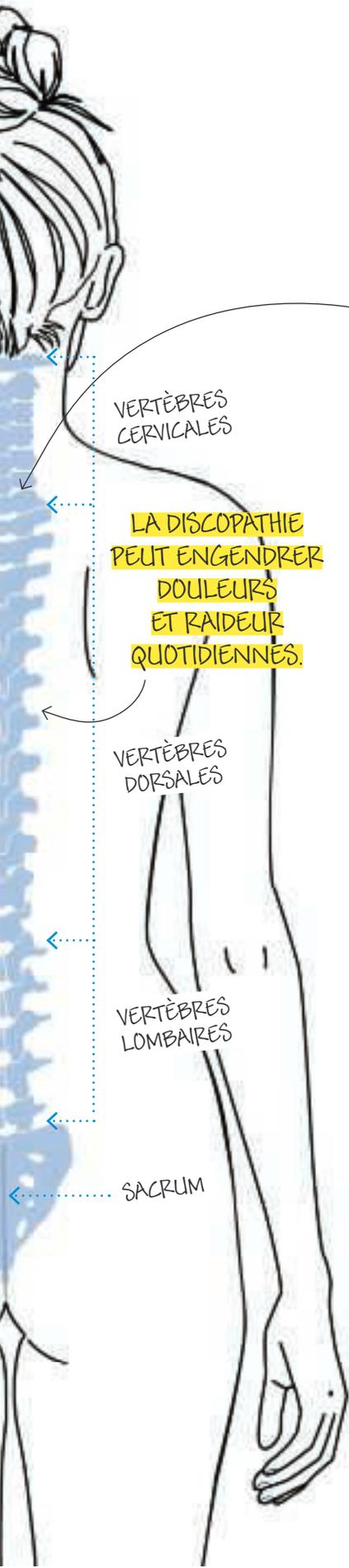
• **Les atteintes à la colonne** sont calmées par du repos, des antalgiques et le port d'un corset qui favorise la consolidation et limite le risque de déformation. « Si les fractures d'ostéoporose sont assez stables, les plus sévères peuvent faire l'objet d'une injection de ciment dans la vertèbre touchée », précise le Pr Patrick Tropiano, chirurgien orthopédique à Marseille. C'est très efficace contre la douleur.

• **Pour prévenir d'autres fractures, le traitement de l'ostéoporose s'impose** « par la pratique régulière d'une activité physique, une alimentation riche en calcium (1200 mg par jour) et une prise en charge médicamenteuse », note la Dr Nguyen. Des bisphosphonates, en comprimés ou par voie intraveineuse, sont proposés en première intention, suivis de téraparotide injectable pour les patients présentant déjà deux fractures vertébrales et de dénosumab pour limiter la destruction osseuse. Une stratégie payante, à condition de bien respecter les règles hygiéno-diététiques.

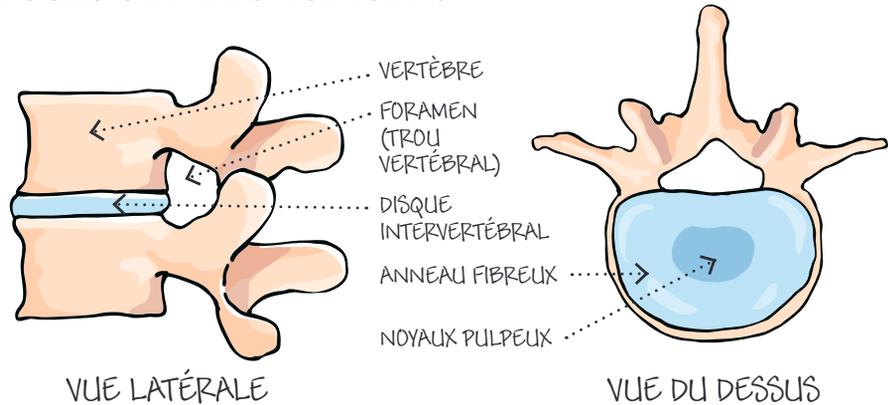


L'OSTÉOPOROSE ET LES FRACTURES ASSOCIÉES SONT SOUVENT INDOLORES. LA PERTE RAPIDE DE TAILLE DOIT ALERTER.





Focus sur une vertèbre



... OU UNE DISCOPATHIE

Parmi toutes les personnes qui souffrent du dos, et en particulier de lombalgie (*lire p. 24*), environ 40% présentent une atteinte des disques intervertébraux. On parle alors de discopathie.

Composé d'un noyau pulpeux, d'un anneau fibreux et de plateaux cartilagineux, les disques jouent le rôle d'amortisseur entre les vertèbres (*voir schéma ci-dessus*). « Mais avec le temps, à la faveur de chocs ou de mouvements répétitifs, ils finissent par s'user, ils se déshydratent, et les cellules notochordales, concentrées au cœur de la structure, tendent elles aussi à disparaître, explique le Pr Jérôme Guicheux, directeur de recherche à l'Inserm et au CHU de Nantes. Ce processus entraîne un vieillissement accéléré du disque et l'altération de ses propriétés. » Les tissus ne se renouvelant plus, le disque se tasse et se désagrège progressivement. Cette perte de hauteur discale est à l'origine d'une perturbation de la mécanique vertébrale qui peut être responsable de douleurs ou d'une raideur invalidantes au quotidien.

LES SOLUTIONS QUI SOULAGENT

- « On peut apaiser la douleur avec des **médicaments, anti-inflammatoires, paracétamol et myorelaxants**, et, si besoin, des **infiltrations**, indique Yves Henrotin, professeur de kinésithérapie et réadaptation fonctionnelle à Liège, en Belgique. Mais le plus important, c'est la **rééducation** chez un kinésithérapeute pour éviter la douleur chronique ou pour en sortir. Après un bilan fonctionnel, on agit sur les muscles, les articulations, les nerfs... par des techniques manuelles et des exercices adaptés au patient. Utile aussi, la reprise d'une **activité physique** sollicitant les muscles qui entourent la colonne et permettent de l'étirer, comme la natation, le tai-chi ou le yoga. »
- Mais « en cas de douleur trop invalidante et de sciatique paralysante, l'**opération chirurgicale** s'impose rapidement, prévient le Pr Tropiano. Selon l'origine de la douleur, il s'agit de libérer le nerf, de poser une prothèse discale ou de pratiquer une arthrolyse soudant deux vertèbres afin de limiter la douleur. »

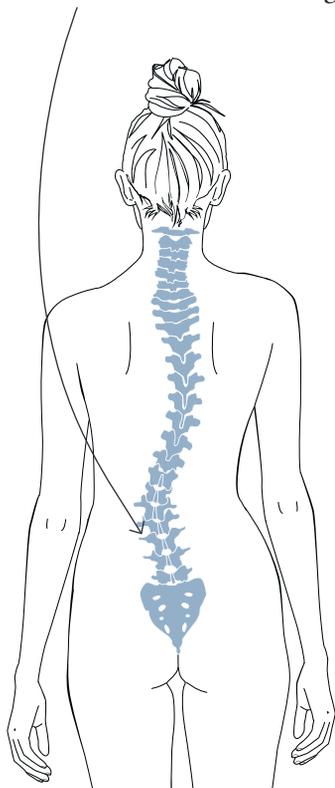


QUAND la colonne SE DÉFORME

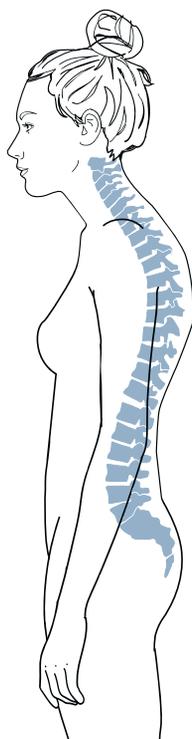
Dévié d'un côté, courbé vers l'avant, le rachis perd parfois de sa verticalité.

Comment soulager et limiter une scoliose ou une cyphose? s. v. v.

LES SCOLIOSES
APPARAISSANT
APRÈS 45 ANS
AFFECTENT PLUTÔT
LES LOMBAIRES.



Scoliose



Cyphose

CETTE COURBURE DU DOS
VERS L'AVANT PEUT
ÊTRE ASYMPTOMATIQUE.

Enfant, nous nous sommes tous penchés vers l'avant pour que le médecin puisse détecter une scoliose, cette déviation de la colonne vertébrale qui touche jusqu'à 2% des moins de 15 ans. À l'âge adulte, l'incidence persiste à la faveur de nouveaux facteurs de risque. À moins que la cyphose, courbure du dos vers l'avant, ne s'installe. Le point avec le Dr Marc Marty, rhumatologue à l'hôpital Henri-Mondor (Créteil).

• **La scoliose.** Comme la colonne vertébrale (ou rachis) est assez mobile, une déviation dans le plan frontal peut survenir. Elle peut devenir permanente si une rotation des vertèbres s'installe et provoque une déformation latérale visible à la radio. C'est ce qui définit la scoliose, qui apparaît en général avant l'âge de 10 ans et peut s'aggraver à la puberté, surtout en l'absence de prise en charge. Elle est détectée par l'examen clinique, et une radio de face permet de mesurer son importance par le calcul de l'angle de Cobb: au-delà de 10°, le diagnostic est confirmé.

Si elle est moins évolutive à l'âge adulte, elle peut quand même s'aggraver. On parle alors de scoliose idiopathique (sans cause identifiée) héritée de l'enfance, qui se dégrade à nouveau, notamment lors de la ménopause. Une scoliose dite de novo peut aussi survenir vers 45-50 ans, surtout chez les femmes. Dégénérative, elle touche davantage la partie lombaire.

• **La cyphose.** Cet autre type de déformation, souvent associé à une scoliose, peut se manifester dès l'adolescence, en lien avec la maladie de Scheuermann qui s'attaque aux cartilages de croissance, et plus fréquemment à l'âge adulte.

D'OÙ ÇA VIENT ?

- **La scoliose de jeunesse** est le plus souvent idiopathique et, dans de rares cas, elle est liée à une maladie neuromusculaire (certaines myopathies).
- **Les déformations tardives** sont principalement favorisées par une dégradation asymétrique d'un ou plusieurs disques intervertébraux, par le vieillissement de la colonne et par le développement de l'arthrose. Des vertèbres vont alors se déplacer dans différents plans et provoquer une déformation.
- **L'ostéoporose** occasionnant des tassements vertébraux, la distension des ligaments et la perte de masse musculaire due à l'âge sont également des facteurs prédisposants.
- Enfin, **une importante intervention chirurgicale du rachis** entraîne parfois une fonte musculaire qui peut être à l'origine d'une scoliose.

LES SOLUTIONS QUI SOULAGENT

- Les douleurs liées aux déformations de la colonne ne sont pas systématiques mais elles peuvent être vives chez certaines personnes, et plus encore en cas de scoliose que de cyphose. Elles sont alors traitées comme toute lombalgie commune (*lire p. 24*), notamment par **des antidouleurs** (paracétamol et anti-inflammatoires AINS), **de la rééducation** ainsi, éventuellement, que par une **infiltration de corticoïdes**.
- Il arrive que la déformation soit responsable de problèmes en cascade en entraînant la compression d'une racine nerveuse à l'origine de la sciatique (*lire p. 22*). À surveiller et à traiter comme telle pour prévenir la perte de sensibilité et de motricité : par anti-inflammatoires, infiltrations le cas échéant et, en dernier recours, par une intervention chirurgicale afin de libérer le nerf.

COMMENT FREINER LEUR ÉVOLUTION

Si la prise en charge médicale ne permet pas de guérir de ces pathologies, elle est essentielle pour limiter leur évolution.

- Outre le corset en période de croissance chez les ados, elle s'appuie notamment sur de la **rééducation** chez un kiné et sur des exercices à faire chez soi. Des ceintures en coutil baleiné ou en plastique sont aussi utiles pour les adultes en cas de douleurs ou d'évolution de la scoliose, et le **port d'un corset dynamique**, qui redresse la posture, contribue à prévenir l'aggravation d'une cyphose.
- De même, les **traitements de l'ostéoporose** (*lire p. 18*) limitent les tassements et les fractures qui créent ou aggravent scoliose et cyphoses. Malheureusement, leur observance est faible, mais la perspective d'une déviation plus importante de la colonne peut motiver à bien les prendre. En parallèle, il faut maintenir un bon niveau d'activité physique.
- Cela ne suffit pas toujours et une **intervention chirurgicale** peut s'envisager lorsque la scoliose s'aggrave et que la douleur est trop vive, quand un nerf comprimé risque de s'endommager, ou en cas de grande fatigue à la marche et de déséquilibre important. Mais c'est une opération lourde, notamment pour corriger les courbures dans plusieurs plans, nécessitant la réalisation d'une arthrodèse (geste qui consiste à fixer entre elles plusieurs vertèbres). On peut prendre plusieurs avis et, dans tous les cas, bien observer les traitements en amont. •••

Sous surveillance

Des contrôles réguliers

On prend avis systématiquement lors de la ménopause en cas de scoliose connue, et on consulte en moyenne tous les 3 à 5 ans selon le type de déformation. **Une radio du rachis complet, de type EOS** Cette reconstitution en 3D du squelette entier, moyennant un faible rayonnement, permet de mesurer les déformations et de repérer d'éventuelles fractures associées.

Une scoliose peut survenir ou s'aggraver à la ménopause



QUAND un nerf S'ENFLAMME

Une douleur dans le bas du dos qui irradie dans la jambe, et parfois même jusqu'au bout du pied, rendant la marche difficile? Il s'agit peut-être d'une sciatique ou d'une cruralgie. On vous dit comment les reconnaître et les soulager. **s. v. v.**

3 bons réflexes antidouleur

Éviter le repos prolongé au lit.

Placer un coussin sous les genoux en position allongée sur le dos, ou entre les genoux en cas de posture latérale.

Appliquer du chaud en prenant des douches ou des bains, ou avec un coussin chauffant sur les lombaires.

La moitié des patients qui consultent pour un mal de dos souffrent aussi de douleurs dans la jambe, qui peuvent être dues à une sciatique ou à une cruralgie. Les nerfs sciatiques et cruraux, si précieux pour la motricité, prennent racine dans la moelle épinière. Lorsqu'ils sont enflammés et génèrent une douleur le long de leur trajet, « on parle de syndrome radiculaire. Il est suggéré à l'examen clinique par une manipulation qui met le nerf sous tension et amplifie les symptômes, dont la localisation permet d'affiner le diagnostic », indique le Pr Stéphane Genevay, rhumatologue à Genève, en Suisse. Une douleur irradiant de la fesse jusqu'au pied par la face latérale ou postérieure de la jambe évoque une sciatique impliquant surtout les racines L5 et S1 (*voir schéma*). Si elle se déclare sur l'avant de la cuisse, elle révèle plutôt une cruralgie, avec une atteinte des racines L3 et L4. Des fourmillements, une sensation de décharges électriques ou de brûlure peuvent se manifester ponctuellement pendant quelques semaines ou durer plusieurs mois.

D'OÙ ÇA VIENT?

- **La hernie discale**, la plus fréquente, survient en général entre 30 et 50 ans. Elle est parfois indolore, mais quand les disques font une saillie hors de leur

logement (*voir focus ci-contre*), la racine du nerf peut être enflammée, au risque de l'abîmer. Cela peut causer des douleurs à la mobilisation, mais aussi la nuit en raison de la composante inflammatoire.

- Chez environ une personne sur cinq, « la sciatique ou la cruralgie sont provoquées par **un rétrécissement de l'orifice entre deux vertèbres**, par lequel passe la racine pour sortir du canal vertébral », ajoute le rhumatologue. Il peut être dû à un ensemble de facteurs, comme l'arthrose, la dégénérescence discale, un spondylolisthésis (glissement d'une vertèbre sur l'autre) ou une spondylolyse (fracture de stress dans le bas du dos).

LES SOLUTIONS QUI SOULAGENT

Tant que le tonus du patient est préservé, la prise en charge est symptomatique pour contrôler la douleur.

- **Des anti-inflammatoires de type AINS** sont d'abord proposés, parfois associés à des dérivés morphiniques au plus fort de la crise, mais le moins possible en raison des risques de dépendance. En revanche, le paracétamol s'avère peu efficace, et les myorelaxants vraiment inutiles, car les muscles ne sont pas impliqués dans le syndrome.

- S'il faut maintenir l'**activité physique**, en continuant à marcher notamment, la

mobilisation dans le cadre de **séances de kinésithérapie** peut être bénéfique, mais en douceur pour ne pas aggraver l'inflammation.

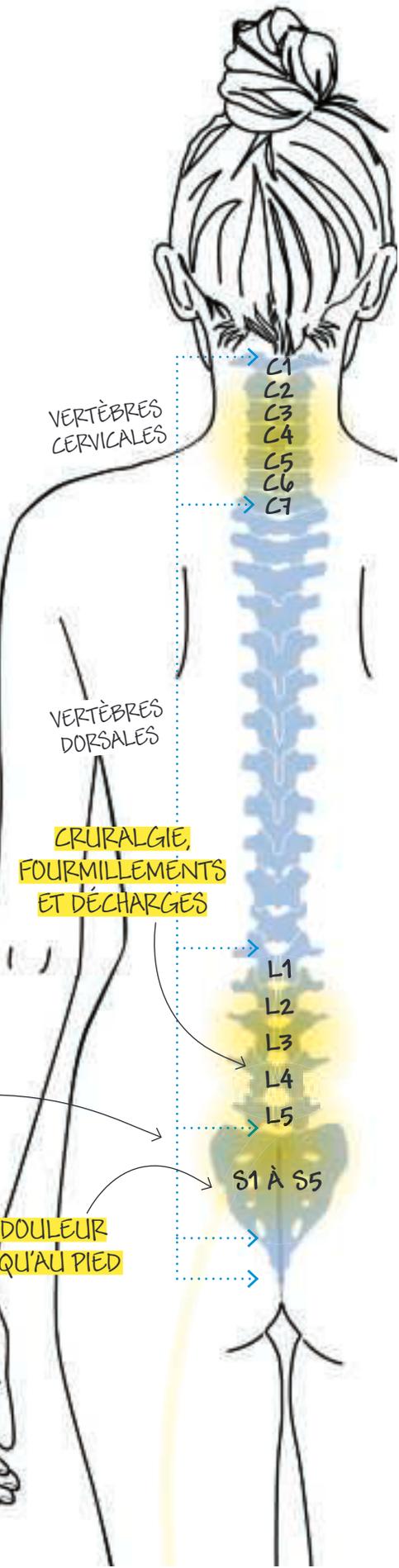
- Enfin, faute de résultats suffisants, des **infiltrations de corticoïdes** sont à discuter et soulagent dans 50 % des cas. « Reste à trouver le bon moment pour les faire, à partir de la deuxième ou de la troisième semaine de symptômes et sans trop attendre pour assurer un bénéfice maximal », précise le Pr Genevay.

LA CHIRURGIE EN DERNIER RECOURS

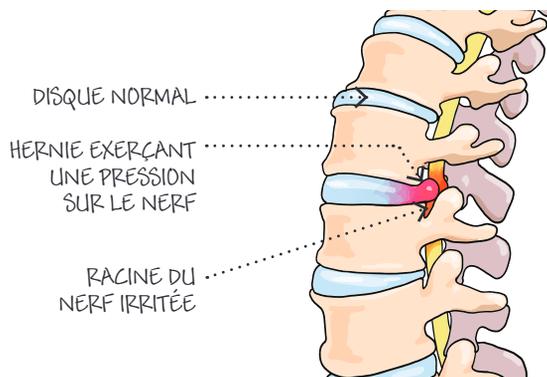
Lorsque la douleur interdit tout mouvement et que le nerf est trop abîmé, une perte de sensibilité et de force peut s'installer. « À évaluer par des tests en cabinet, en tapant sur un tendon pour actionner le pied ou la jambe. Si le membre ne répond plus de façon adéquate, que la personne peine à monter sur la pointe des pieds ou à marcher sur les talons, par exemple, il faut rapidement libérer le nerf pour le préserver et c'est une urgence chirurgicale », prévient le spécialiste. Une intervention est aussi proposée lorsque la douleur reste importante trois mois après le début de l'épisode.

- **Plusieurs techniques d'intervention se sont développées.** « La plus classique est l'opération pour l'ablation de la hernie ou l'élargissement du foramen (trou vertébral) en supprimant notamment les excroissances osseuses (ostéophytes) responsables de la compression du nerf, détaille le Pr Patrick Tropiano, chirurgien orthopédique à Marseille. Il est maintenant possible d'intervenir a minima par endoscopie, moyennant une incision réduite et un temps de rémission accéléré. »

- **D'autres solutions moins invasives existent** pour traiter une hernie symptomatique, telles que les injections d'ozone qui permettent de déshydrater le disque et de dissoudre la hernie pour réduire la pression et libérer le nerf. Même principe pour l'injection de gel d'éthanol (DiscoGel) dans le disque: le produit se répand dans les fissures et résorbe la hernie. Mais selon le Pr Genevay, « faute de preuves scientifiques suffisantes sur ces deux techniques, l'intervention chirurgicale reste la référence pour venir à bout d'une sciatique ou d'une cruralgie récalcitrante ou sévère ». ...



Focus sur une hernie discale





QUAND **la lombalgie** SURVIENT

Lumbago, tour de reins, dos bloqué... Les expressions ne manquent pas pour décrire une douleur vive dans le bas du dos, bien présente mais pas toujours expliquée. Le point sur les mystères de cette pathologie. s. v. v.

Arrêter de fumer, toujours une bonne idée

Le tabac fait mauvais ménage avec le dos. L'effet délétère est cérébral et des études ont montré, IRM à l'appui, que les centres de la douleur dans le cerveau étaient plus activés chez les fumeurs souffrant de lombalgie. Le bénéfice de l'arrêt serait assez rapide, car l'imagerie a aussi montré que l'activité des circuits impliqués dans la douleur chutait à cette occasion.

Source: Human Brain Mapping 2024.

Une douleur au niveau des vertèbres lombaires? La lombalgie peut être intense et devenir chronique lorsqu'elle persiste plus de trois mois. Un choc, un disque abîmé, un ligament ou un muscle touché peuvent en être la cause, mais parfois, rien n'est visible à l'imagerie. On parle alors de lombalgie commune, la plus courante. Malgré l'absence de pathologie grave sous-jacente, des facteurs de risque existent. Explications de la Dr Violaine Foltz, rhumatologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris.

D'OÙ ÇA VIENT?

Les causes ne sont pas toujours faciles à identifier. Les patients évoquent souvent une douleur très vive survenant sans prévenir au réveil, en sortant de voiture, voire en dormant... D'autres identifient un lien avec un effort inhabituel (déménagement, reprise mal encadrée d'un sport...) suivi d'un mal de dos. Celui-ci disparaît en général dans les jours ou semaines qui suivent, mais s'il dure plus d'un mois, une radio, un scanner ou une IRM peuvent s'avérer nécessaires.

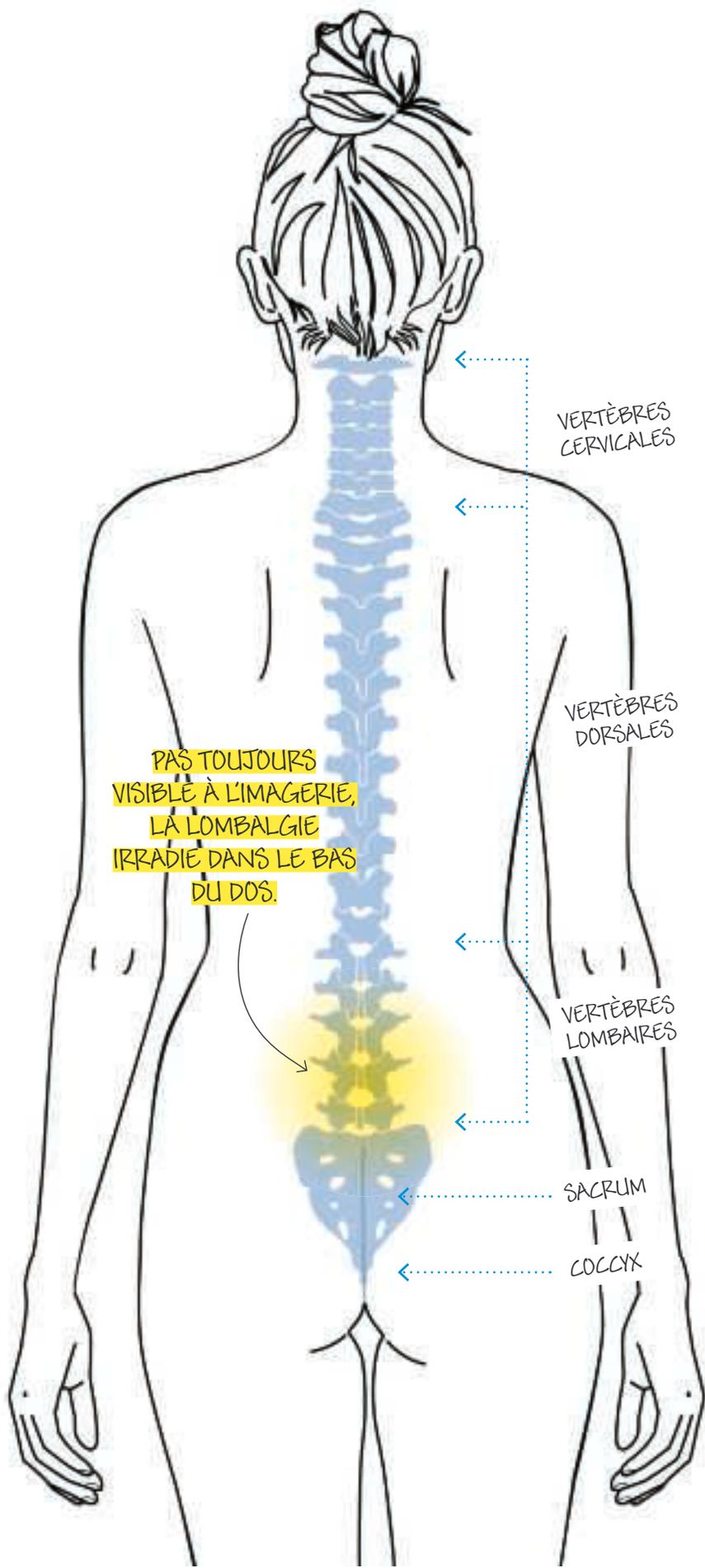
• **Les examens radiologiques révèlent fréquemment des anomalies**, même chez des personnes jeunes, dès l'âge de 30 ans: un peu d'arthrose ou une déformation de type scoliose (*lire p. 20*) qui ne

faisait pas parler d'elle jusqu'ici, un disque touché, une hernie... Ces anomalies n'entraînent pas de douleur chez un grand nombre d'individus, qui ne se plaignent pas du dos, tandis qu'une douleur dorsale peut être sans lien avec ces troubles.

• **L'imagerie n'explique donc pas tout et certaines causes possibles de la lombalgie sont invisibles**: dysfonctionnement du système de détection et de contrôle de la douleur dans le cerceau, manque de muscles ou contractures musculaires, micro-inflammation ou problème de circulation générant un déficit d'oxygénation des organes. Enfin, à situations égales, les perceptions diffèrent d'un patient à l'autre, car la douleur est un phénomène subjectif, interprété et vécu par chacun en fonction de son histoire, sa façon de gérer ses émotions, son stress... Et pour un même stimulus douloureux, certains n'ont pas mal alors que d'autres souffrent beaucoup.

DES FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS

• **L'âge** peut augmenter l'incidence de la lombalgie commune.
• **Le surpoids** semble un peu corrélé, mais pas de façon aussi nette que l'on pourrait le croire. Toutefois, l'obésité augmente les problèmes de circulation, qui peuvent être impliqués dans le mal de dos.



- **La sédentarité**, elle, est un facteur de risque bien connu. Moins les muscles travaillent, moins le dos est soutenu.

- **Le mental** peut aussi jouer les trouble-fête. On sait que le stress agit comme une caisse de résonance, amplifiant le message douloureux et étant parfois directement responsable de contractures musculaires réflexes. On observe de même que les personnes qui manquent de confiance en elles, sont isolées ou déprimées, ont plus souvent mal au dos. En toute logique, les croyances erronées, qui renforcent la peur d'avoir une pathologie grave, de finir paralysé, sont impliquées dans des douleurs plus vives et plus durables que chez la moyenne des patients. De l'importance de lutter contre ces idées fausses pour moins souffrir...

LES SOLUTIONS QUI SOULAGENT

La prise en charge est souvent la même pour les lombalgies communes et pour celles ayant une cause identifiée.

- **Les traitements**: du paracétamol et, si besoin et en l'absence de contre-indications, des anti-inflammatoires (AINS) en respectant scrupuleusement les doses recommandées. Et si la douleur persiste au-delà de quatre semaines, des infiltrations de corticoïdes sont à discuter avec le rhumatologue.

- **Les techniques non médicamenteuses**: s'étirer, appliquer du chaud, et, surtout, bouger autant que possible – des séances de kiné peuvent aider à se remettre en mouvement. À étudier aussi, la réalisation de semelles sur mesure pour rééquilibrer la posture. Et on se détend par de la relaxation, de la sophrologie ou de la méditation, et par un éventuel accompagnement psychologique quand la charge du stress ou de la déprime est trop lourde. Quand on allège le mental, on en a souvent moins sur le dos! ●