



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

NOM : DEFRANCE

Prénom : Cédric

Formation : Masso-Kinésithérapie

Année : 3^{ème}

**QUELLE EST LA PLACE OCCUPEE PAR LE PATIENT
AU SEIN DE SA PROPRE PRISE EN CHARGE
DANS UN PROGRAMME DE READAPTATION FONCTIONNELLE DU RACHIS
DANS LE CAS D'UNE LOMBALGIE CHRONIQUE ?**

Travail écrit : cas clinique

Année universitaire 2013/2014.

Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

NOM : DEFRANCE
Prénom : Cédric
Formation : Masso-Kinésithérapie
Année : 3^{ème}

**QUELLE EST LA PLACE OCCUPEE PAR LE PATIENT
AU SEIN DE SA PROPRE PRISE EN CHARGE
DANS UN PROGRAMME DE READAPTATION FONCTIONNELLE DU RACHIS
DANS LE CAS D'UNE LOMBALGIE CHRONIQUE ?**

Travail écrit : cas clinique

Année universitaire 2013/2014.

Résumé.

Ce mémoire suit la rééducation menée auprès de Mme X, patiente âgée de 52 ans et souffrant de lombalgie chronique. La patiente a bénéficiée d'une prise en charge au sein d'un programme pluridisciplinaire de type RFR (réadaptation fonctionnelle du rachis).

L'objectif de ce travail est d'étudier la place occupée par le patient lorsqu'il intègre un tel programme, et de voir quels éléments propres au patient dans sa complexité d'individu peuvent influencer sur l'efficacité de la prise en charge. Ces éléments s'avèrent prépondérants, la motivation du patient et son implication dans sa rééducation se posant comme deux facteurs fondamentaux dans le succès ou l'échec de la thérapie mise en place.

Mots-clés : lombalgie ; lombalgie chronique ; rééducation ; réadaptation fonctionnelle du rachis

Abstract :

In this work we will follow Mrs. X's rehabilitation, a 52 years old patient with chronic low back pain. She benefit from a multidisciplinary therapy called functional restoration program (FRP).

This dissertation's aim is to analyze the place the patient occupied in this kind of rehabilitation programs. We will try to find which elements of the patient's personality can favor the positive outcome of the therapy. High motivation and personal involvement are determining factors concerning the success or the failure of the rehabilitation.

Key-words : low back pain ; chronic low back pain ; rehabilitation ; functional restoration program

Sommaire.

| | |
|---|---------|
| 1. <u>Introduction</u> | page 1 |
| 2. <u>Présentation de l'étude</u> | |
| A) Bilans initiaux..... | page 4 |
| 1. Anamnèse..... | page 4 |
| 2. Evaluation sensorielle et cognitive..... | page 6 |
| 3. Bilan des algies..... | page 6 |
| 4. Bilan palpatoire..... | page 7 |
| 5. Bilan morphostatique..... | page 7 |
| 6. Bilan morphodynamique..... | page 8 |
| 7. Bilan sensitif..... | page 9 |
| 8. Bilan neurologique..... | page 9 |
| 9. Bilan cutané-trophique et circulatoire..... | page 9 |
| 10. Evaluation vésico-sphinctérienne..... | page 9 |
| 11. Bilan articulaire..... | page 10 |
| 12. Bilan musculaire..... | page 10 |
| 13. Tests de force du programme RFR..... | page 10 |
| 14. Tests d'extensibilité du programme RFR..... | page 11 |
| 15. Bilan fonctionnel | page 12 |
| 16. Diagnostic kinésithérapique..... | page 13 |
| 17. Risques..... | page 14 |
| 18. Objectifs..... | page 14 |
| 19. Principes..... | page 14 |
| B) Techniques..... | page 15 |
| 3. <u>Résultats</u> | page 26 |
| 1. Bilan des algies..... | page 26 |
| 2. Bilan palpatoire..... | page 26 |
| 3. Bilan morphodynamique..... | page 27 |
| 4. Tests de force du programme RFR..... | page 27 |
| 5. Tests d'extensibilité du programme RFR..... | page 27 |
| 6. Bilan fonctionnel..... | page 27 |
| 4. <u>Discussion</u> | page 28 |
| 5. <u>Conclusion</u> | page 31 |
| 6. <u>Annexes</u> | |

I. Introduction.

Durant ma formation, j'ai été amené à réaliser un stage d'une durée de deux mois à la clinique Les Nouvelles Eaux Marines de la ville de Le Moule en Guadeloupe. La clinique dispose de trois plateaux techniques, accueillant des patients en MPR et en hôpital de jour pour des pathologies orthopédiques, rhumatologiques et neurologiques. L'équipe médicale et paramédicale est composée de deux médecins de réadaptation, des ergothérapeutes, une orthophoniste, une neuropsychologue, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmières et des aides-soignantes. Au sein de la clinique, une équipe prend en charge des patients souffrant de lombalgies chroniques, en suivant le protocole de réadaptation fonctionnelle du rachis mis au point aux Etats-Unis. Conscient de la difficulté de la prise en charge de patients lombalgiques pour notre corps professoral, et n'ayant jamais encore entendu parler de ce protocole au cours de mes études, j'ai décidé de suivre la rééducation d'une patiente, Mme X., qui allait prendre part à ce protocole durant ma présence à la clinique.

La lombalgie est un problème de santé publique, responsable en France notamment de 6 millions de consultations et constitue la 3^{ème} cause d'invalidité (Lardry, 2005). Malgré la prévalence de cette pathologie dans la population, il n'existe pour le moment aucun traitement, médicamenteux, non médicamenteux ou chirurgical recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) disposant d'un grade A. L'organisme conseille aux professionnels paramédicaux de faire pratiquer des exercices physiques, au sein d'un programme multidisciplinaire associé éventuellement à des thérapies comportementales (Laversin, 2000).

La lombalgie se définit actuellement comme étant une douleur siégeant au-niveau du rachis lombaire, et pouvant avoir des irradiations au niveau des massifs fessiers, des articulations sacro-iliaques et des membres inférieurs.

Il faut différencier 3 types de lombalgies :

- Les lombalgies aiguës, dont l'évolution est inférieure à 3 semaines. Ce sont les plus répandues.
- Les lombalgies subaiguës, qui évoluent sur 4 à 12 semaines.
- Les lombalgies chroniques, dont les symptômes persistent sur au moins 3 mois, et qui ont de fortes répercussions sociales, professionnelles et psychologiques pour les patients ((Lardry, 2005).

Le rachis lombaire compose la partie inférieure de la colonne vertébrale et est délimité en haut par le rachis thoracique et en bas par le sacrum. Il est composé de cinq vertèbres lombaires, reliées entre elles par les ligaments inter-épineux et inter-transversaires. Chaque vertèbre forme avec les vertèbres sus- et sous-jacentes des amphiarthroses, par l'intermédiaire du disque intervertébral. Ce disque a des propriétés d'amortissement et de répartition des contraintes sur les éléments sous-jacents. Il est composé d'un noyau pulpeux, ou *nucleus pulposus* en son centre, et d'un anneau fibreux, ou *annulus fibrosus* en périphérie. En plus de cette amphiarthrose, les vertèbres lombaires sont articulées via les articulations inter-apophysaires, aux nombres de deux par articulation (une à gauche et une à droite). Les apophyses articulaires supérieures de la vertèbre sous-jacente s'articulent avec les apophyses articulaires inférieures de la vertèbre sus-jacente, formant une arthrodièdre. Le rachis lombaire se présente en lordose physiologique, ce qui permet une répartition équilibrée des contraintes des éléments supérieurs de l'organisme. Région la plus massive du rachis, la région lombaire est une zone de stabilité, mais également de mobilité. Pour Kapandji, l'amplitude de flexion-extension totale est de 70°, celle d'inclinaison de 25° et celle de rotation de 5° ; ainsi, les mouvements de rotation de la colonne vertébrale au-niveau du tronc sont majoritairement réalisés dans le rachis thoracique (Kapandji, 2007). Le rachis lombaire est renforcé par les muscles spinaux lombaires, le psoas et les abdominaux, formant une poutre composite qui permet une protection des disques et des articulations intervertébrales (Dufour 2006).

Un des principaux risques de la lombalgie chronique résulte dans le handicap fonctionnel causé par les douleurs, qui entraîne alors le patient dans un cercle vicieux, aboutissant à un syndrome de déconditionnement : plus le patient souffrira, plus il appréhendera les mouvements, et moins il bougera, ce qui augmentera sa perte de masse musculaire, et diminuera d'autant ses capacités fonctionnelles.

Waddell, un chirurgien orthopédiste écossais spécialisé dans les problèmes de rachis, considère que le modèle cartésien, selon lequel une lésion tissulaire entraîne une douleur, et que la localisation, puis le traitement de cette lésion, permettent de supprimer la douleur, est dépassé et inapproprié pour les patients souffrant de lombalgie (Waddell, 2004). Pour lui, ce modèle plonge le patient dans un état de passivité, au cours duquel il attendra tout des soignants, sans s'impliquer dans son traitement. Waddell préfère envisager la lombalgie avec une approche bio-psycho-sociale : s'il existe bien une lésion tissulaire initiale dans la majorité des cas, cette lésion va guérir, mais un dysfonctionnement des voies nociceptives entraînera une hypersensibilité périphérique. L'installation progressive d'une chronicité de cette

douleur, conjuguée à des facteurs sociaux (travail monotone ou avec peu de responsabilité, conflits professionnels, vie sociale pauvre, bénéfices financiers tirés de cette situation, état de victimisation par l'entourage...) entraîne une désadaptation sociale du sujet, voire même un état de détresse psychologique. Il décrit donc le passage d'une douleur aiguë initiale à une douleur chronique favorisée par des facteurs sociaux et psychologiques.

Jean-Yves Maigne rejoint Waddell dans sa critique du modèle cartésien, mais remet en cause sa théorie du passage d'une douleur aiguë à une douleur chronique majoritairement basée sur les facteurs psycho-sociaux du patient (Maigne, 2009). Pour lui, les patients souffrant de lombalgies (et plus généralement les patients souffrant de dorsalgies) doivent être classés en trois catégories : ceux appartenant au premier cercle, dont la douleur est d'origine rachidienne et qui doivent être traités selon une logique d'organe (le traitement de l'élément lésé supprime la douleur) ; ceux du deuxième cercle, souffrant d'un dysfonctionnement des voies de la douleur ; et ceux du troisième cercle, dont les douleurs peuvent trouver ou non une origine anatomique, mais pour lesquelles s'installent une chronicité malgré la mise en place de divers traitements. Ce dernier groupe de patient présente pour Maigne des douleurs appartenant au cercle psycho-social. Concernant les deux derniers cercles, les professionnels médicaux et paramédicaux se retrouvent face à des patients pour lesquels il est nécessaire de prendre en compte les composantes organique, neurogène et psychogène afin d'espérer obtenir une amélioration de l'état desdits patients (Salmochi, 2005). Dans le cas de la patiente suivie, cette dernière appartenait au troisième cercle de Maigne, avec des atteintes anatomiques ayant entraîné un syndrome de déconditionnement.

Le programme de réadaptation fonctionnelle du rachis (ou RFR), mis au point par T. Mayer, repose sur un certain nombre de principes de rééducation (prise en charge pluridisciplinaire, prise en compte limitée de la douleur ressentie durant le temps du programme, activité physique importante, nombreux étirements) visant une restauration de la force, de l'endurance et de l'extensibilité musculaire du complexe lombo-pelvi-trochantérien (Moisan, (2007)). Un programme de RFR suivi durant 5 semaines permet aux patients de récupérer des performances musculaires proches de celles de la population normale, et ainsi de réintégrer leur environnement socioprofessionnel le plus rapidement possible. La rééducation au sein d'un programme RFR se doit d'être dynamique et active, avec certes un renforcement analytique des différents maillons composant le complexe lombo-pelvi-trochantérien, mais surtout avec un travail de coordination de ces différents maillons les uns avec les autres, et un travail de proprioception autour de ce complexe (Voisin, 1994).

3/33

Un élément central du programme de réadaptation fonctionnelle du rachis est qu'il ne consiste pas à chercher à faire disparaître la douleur causée par la lombalgie (même si cet élément est un des objectifs souhaité et recherché par les patients), mais repose plutôt sur une lutte contre le syndrome de déconditionnement décrit par Mayer. En effet, les patients souffrant de lombalgies chroniques présentent une diminution de leur force et de leur extensibilité musculaire, qui sont des symptômes de ce syndrome de déconditionnement. Il s'y ajoute une limitation des capacités fonctionnelles, ainsi qu'une inhibition neuromusculaire. Pour vaincre ce syndrome de déconditionnement, il est primordial que le patient bouge, aussi bien durant les séances de soin que lorsqu'il est à domicile. C'est un des objectifs visés par l'application du traitement de réadaptation fonctionnelle du rachis, ce qui nécessite donc une participation active du patient dans la démarche de soins à laquelle il va prendre part.

Il apparaît donc que le traitement d'une lombalgie chronique par un programme de réadaptation fonctionnelle du rachis est un programme prenant pour le patient, et qui nécessite une véritable démarche dynamique de ce patient s'il espère obtenir des résultats.

Nous sommes donc en droit de nous demander quelle est la place occupée par le patient au sein de sa propre prise en charge dans un programme de réadaptation fonctionnelle du rachis dans le cas d'une lombalgie chronique ?

II. Présentation de l'étude.

A) Bilan initiaux :

1. Anamnèse

Mme X., patiente de 52 ans résidant en Guadeloupe dans la ville d'Anse-Bertrand, a été adressée par son rhumatologue à la Clinique Les Nouvelles Eaux Marines (travaillant lui-même au sein de la clinique) suite à des lombalgies ayant débuté il y a plus d'un an.

Mme X. est mariée, et mère de quatre enfants. Son mari a 57 ans et est maçon à son propre compte. Son fils aîné de 33 ans réside en métropole et est ingénieur ; sa première fille de 26 ans réside également en métropole et exerce le même métier que son frère ; sa seconde fille de 22 ans poursuit des études de droit en métropole ; sa benjamine âgée de 16 ans est en seconde en Guadeloupe et se dirige vers une filière scientifique. Elle réside dans une maison

4/33

de plein pied. Elle exerce la profession d'aide maîtresse dans une école maternelle et travaille avec de jeunes enfants (entre 3 et 5 ans), qu'elle a régulièrement besoin de porter dans ses bras. Elle travaille quatre jours par semaine. La patiente partage son temps libre entre l'activité de jardinage, la lecture et le gwo-ka, une danse locale dont elle a une séance de deux heures par semaine. Elle est de latéralité droite et son IMC est de 30,39, avec une taille de 1,55 m et une masse de 73 kg.

La patiente a été vue par le médecin chargé des admissions en hôpital de jour le 19 février 2013, lequel lui a prescrit dans un premier temps 20 séances de rééducation avec prise en charge RFR (réadaptation fonctionnelle du rachis), à raison de 3 séances par semaine, puis finalement 4 séances par semaine (annexe 2). Elle a commencé ses séances le 26 avril 2013, et vient au centre les lundis, mardis, jeudis et vendredis. Les séances censées se dérouler un jour férié ne sont pas effectuées le mercredi, mais reportées sur les semaines suivantes. Elle est en arrêt de travail durant le temps de sa prise en charge (initialement du 26 avril au 31 mai, prolongé jusqu'au 6 juin du fait de la présence des jours fériés). Des soins d'ergothérapie ont été ajoutés à partir du 17 mai.

Les douleurs étant présentes depuis plus d'un an, la patiente avait déjà été traitée en aout 2012 par trois infiltrations au niveau des processus articulaires vertébraux postérieurs administrées par son rhumatologue, avec une amélioration observée après la troisième infiltration durant trois mois, suivie d'une récurrence de la symptomatologie douloureuse. Elle s'était également vue prescrire durant l'année 2012 2x10 séances de kinésithérapie en libéral pour prise en charge de lombalgies, mais sans résultat d'après elle.

Mme X. a subi une radiographie le 1er aout 2012 (annexe 3), qui a mis en évidence un trouble de la statique frontale au-niveau dorsolombaire, un antélisthesis de L4 sur L5 par lyse isthmique et un pincement du disque L4/L5. Le rachis cervical présente une pathologie intersomatique étagée qui n'influera pas sur la prise en charge. Une IRM lombaire réalisée le 5 septembre 2012 (annexe 4) mettra en évidence des discopathies dorsolombaires et une arthrose zygapophysaire L4/L5, accompagnés d'un listhésis antérieur débutant de grade 1 entraînant une diminution de la lumière du canal vertébral à ce niveau. Elle a bénéficié de radiographies de la colonne vertébrale, des articulations sacro-iliaques et des genoux (annexe 3). Après avoir été adressée pour la prise en charge RFR dans le but de traiter sa lombalgie, Mme X. a réalisé un test d'effort cardiaque (annexe 5) qui n'a rien révélé de particulier, mais qui a du être stoppé prématurément suite à la fatigue musculaire de la patiente.

En ce qui concerne ses antécédents, Mme X. a subi une cholécystectomie en 2006 et une hystérectomie en 2002. Elle souffre également d'hypertension artérielle. Mme X. a aussi eu un accident ischémique transitoire le 15 février 2011, qui a nécessité une hospitalisation de 21 jours au CHU de Point à Pitre. Elle a de plus été hospitalisée à la Clinique Les Nouvelles Eaux Marines en juillet 2012 pour prise en charge d'une tension artérielle labile, de palpitations et d'une recrudescence de lombosciatalgies (annexe 6).

A l'heure actuelle, Mme X. prend divers médicaments : Bisoprolol 10, Perindopril 8mg, Indapamide 1,5, Loxen 50 LP (quatre anti-hypertenseurs ayant chacun un mécanisme d'action différent), Crestor 5 (normo-lipémiant inhibant la synthèse de cholestérol et des triglycérides), Allopurinol 100 (médicament contre les crises de goutte), Tegretol LP 200 (antiépileptique), Kardegic 75 (anti-agrégant plaquettaire et anti-plaquettaire), Topalgic 100 (antalgique de palier 2) et Paracetamol 1g (antalgique de palier 1) (disponible en annexe 2).

2. Evaluation sensorielle et cognitive

La patiente ne présente pas de troubles de la compréhension ni de désorientation spatio-temporelle. La patiente ne semble pas présenter de troubles auditifs et ne porte des lunettes que pour la lecture.

3. Bilan des algies

La patiente présente des douleurs dans la région lombaire, du côté gauche, et irradiant sur face postérieure du segment crural. Elles sont cotées à 3/10 au repos sur l'échelle numérique verbale et 4/10 sur l'échelle visuelle analytique. A l'effort, ces douleurs peuvent atteindre 7/10 sur l'échelle numérique verbale. Ces douleurs sont décrites comme des élancements, continuellement présentes durant la journée. Elles sont augmentées lors de la mobilisation, de la marche et des efforts, et diminuées par le repos et les séances de balnéothérapie que réalisera la patiente durant sa prise en charge (annexe 7).

Figure 1



Figure 2



Figure 3

4. Bilan palpatoire

Le bilan de la palpation est réalisé avec la patiente en procubitus. L'état cutané est physiologique, même si la réalisation d'un pli de peau dans la zone lombaire est difficile à obtenir. Il n'a pas été repéré de contractures musculaires notables. En revanche, la palpation des processus épineux, articulaires et transverses des vertèbres L3, L4 et L5, ainsi que le processus épineux de S1 est douloureuse pour la patiente. On testera chacune de ces vertèbres en extension, flexion et inclinaisons, avec une douleur présente lors de chacun de ces mouvements.

5. Bilan morphostatique

Une première évaluation couchée permet d'exclure la présence d'une inégalité de longueur des membres inférieurs. Les rotations observées au niveau des pieds sont identiques, avec une rotation externe de l'ensemble du membre inférieur évaluée à 25° à l'extrémité du segment bilatéralement. Son surpoids joue en revanche un rôle en augmentant les contraintes au niveau vertébral et sur les articulations portantes sous-jacentes au rachis.

a) Bilan de dos (figure 1)

Mme X. ne présente pas de particularités notables au-niveau de ses membres inférieurs. Le polygone de sustentation est physiologique, il n'y a pas de pieds plats ou de pieds creux, l'angle d'ouverture des pieds est identique, les chevilles sont en position neutre, les plis des creux poplités et sous-fessiers sont à la même hauteur, les deux épines iliaques postéro-supérieures sont à la même hauteur également, le pli de taille est plus marqué à droite, l'épaule gauche est plus haute que la droite, la tête est en inclinaison à droite. Une courbure dans le plan frontal de la ligne des épineuses est remarquée, avec un apex situé au niveau de L3, avec 4 centimètres de déviation.

b) Bilan de face (figure 2)

Sont retrouvés les mêmes éléments que dans la vue de dos (pli de taille plus marqué à droite, épaule gauche plus haute, tête en inclinaison droite). Les deux épines iliaques antéro-supérieures sont à la même hauteur.

c) Bilan de profil (figure 3)

Les deux épines iliaques antéro-supérieures sont alignées dans le plan frontal, tout comme les deux épaules (absence d'antéprojection d'un des deux moignons).



Figure 4



Figure 5



Figure 6



Figure 7



Figure 8

Concernant le plan sagittal, la malléole externe du cinquième rayon du pied, la malléole externe des condyles fémoraux, le grand trochanter et le bord externe de l'acromion sont alignés ; le tragus de l'oreille est projeté 5 centimètres en avant. Au niveau des flèches, le contact avec le fils à plomb est obtenu au niveau du sacrum. Dans la région lombaire l'apex de la lordose est en L3, avec une distance de 5,5 centimètres ; dans la région thoracique la vertèbre apex est T6, distante de 1,5 centimètre ; en cervicale, la vertèbre la plus distante est C5, avec une flèche de 6 centimètres.

6. Bilan morphodynamique

a) Bilan de la flexion.

Deux tests ont été réalisés : prise de la distance doigt-sol et test de Schoeber modifié.

Distance doigt-sol (figures 4 et 5) : la patiente est placée debout, pieds joints et genoux tendus. Il lui est demandé de se pencher en avant sans fléchir les genoux et en gardant les talons posés au sol. La distance se mesure entre le majeur et le sol. Chez Mme X., cette valeur est de 22 centimètres.

Schoeber modifié : la patiente est debout, genoux tendus et talons collés l'un à l'autre posés au sol. On trace une horizontale reliant les deux épines iliaques postéro-supérieures de la patiente (trait 1), puis on trace un second trait 5 centimètres au dessus (trait 2) et un autre 5 centimètres au dessus du trait 2 (trait 3). Puis il est demandé à la patiente de se pencher en avant sans modifier la position de ses membres inférieurs. La distance trait 1/trait 2 passe à 7 centimètres ; la distance trait 2/trait 3 passe à 7,5 centimètres.

b) Bilan de l'extension (figure 6)

La patiente est face au mur, les pieds et les épines iliaques antéro-supérieures collés au mur. Elle se penche en arrière et la distance entre le mur et son manubrium sternal est mesurée. Chez Mme X. elle est de 8 centimètres.

c) Bilan de l'inclinaison (figures 7 et 8).

La patiente est placée dos collé au mur, talons collés. Il lui est demandé de venir se pencher tout en restant plaquée contre le mur et sans décoller les pieds, tout en gardant sa main le long de ses membres inférieurs. On mesure les distances entre le majeur et le sol



Figure 9



Figure 10

des deux côtés. Les valeurs trouvées sont de 44 centimètres à gauche et 39 centimètres à droite.

d) Bilan des rotations (figures 9 et 10)

La patiente est assise sur un petit tabouret afin de bloquer les mouvements du bassin. Une barre est placée sur ses épaules, que la patiente tient derrière sa nuque. Il lui est demandé de tourner au maximum d'un côté, puis de l'autre. En se plaçant au-dessus du crâne de la patiente, on peut mesurer l'angle réalisé par la barre et par un repère horizontal au sol. Chez notre patiente nous trouvons 45° de rotation gauche et 40° de rotation droite. Les rotations au niveau lombaire étant limitées, ce bilan permet surtout de vérifier la liberté de la charnière dorsolombaire (Dufour, 2006).

e) Bilan des articulations sacro-iliaques

Un test de Piedalu et un test unipodal avec vérification de la mobilité des articulations sacro-iliaques ont été réalisés ; les deux tests sont négatifs, ce qui indique une bonne mobilité de ces articulations. Cette mobilité est importante pour l'ensemble du complexe lombo-pelvi-fémoral.

7. Bilan sensitif

Aucune déficience n'a été notée au niveau des sensibilités profonde et superficielle.

8. Bilan neurologique

Le signe de Lasègue recherché par le médecin n'a pas été retrouvé. Le signe de Léri est négatif, mais l'amplitude est limitée par les tensions du muscle droit antérieur.

9. Bilan cutané-trophique et circulatoire

Les deux cicatrices, vestiges de ces précédentes opérations (en regard de la vésicule biliaire et au niveau du bas-ventre), ne sont pas adhérentes et ne présentent aucun signe d'inflammation.

Aucun problème vasculaire n'est à signaler.

10. Evaluation vésico-sphinctérienne

Mme X. ne présente aucun trouble vésico-sphinctérien, ce qui aurait constitué une contre-indication à une rééducation en balnéothérapie.



Figure 11



Figure 12

11. Bilan articulaire

Les mesures des amplitudes articulaires réalisées sur Mme X. sont majoritairement physiologiques. La flexion de hanche est limitée à 125° par le contact cuisse/abdomen ; les seules limitations notables concernent l'élévation antérieure de gléno-humérale, limitée en actif par la douleur à 120°, ainsi qu'une douleur exprimée lors de l'abduction de cette même articulation aussi bien en passif qu'en actif.

12. Bilan musculaire

Une évaluation des principaux mouvements des membres inférieurs et supérieurs a été réalisée, en testant la fonction. La patiente est capable de réaliser la quasi-totalité des mouvements testés (flexion de hanche, abduction de hanche, extension de hanche, adduction de hanche, flexion de genou, extension de genou, rotation interne de gléno-humérale, rotation externe de gléno-humérale, extension de gléno-humérale) contre une résistance moyenne appliquée par le thérapeute, qui sera coté à 4/5 sur une échelle d'équivalence testing, mais pas contre une résistance forte. En revanche, les mouvements d'élévation antérieure et d'abduction de gléno-humérale ne sont possibles que lorsqu'ils sont réalisés face à une faible résistance, ce qui correspond à une cotation à 3 sur une échelle équivalence testing.

13. Tests de force du programme RFR

Ces tests sont les tests réalisés dans le cadre du programme RFR tel qu'il est pratiqué au sein du Centre Les Nouvelles Eaux Marines. Ils sont réalisés lors de la première séance du patient, puis sont réévalués régulièrement afin de suivre l'évolution des capacités du patient. Les résultats de la patiente sont disponibles en annexe 8.

a) Test de la chaise (figure 11)

La patiente est placée dos au mur, les bras pendant les long du corps. Les hanches et les genoux sont fléchis à 90°. Les pieds sont posés au sol, sur la même ligne, avec un écartement de la largeur des épaules. On demande à la patiente de tenir la position.

b) Test de Shirado pour abdominaux (figure 12).

Sujet en décubitus, hanche et genoux fléchis à 90°, bras croisés, main sur l'épaule controlatérale. Le sujet soulève son dos jusqu'à ce que la pointe de la scapula se décolle. On

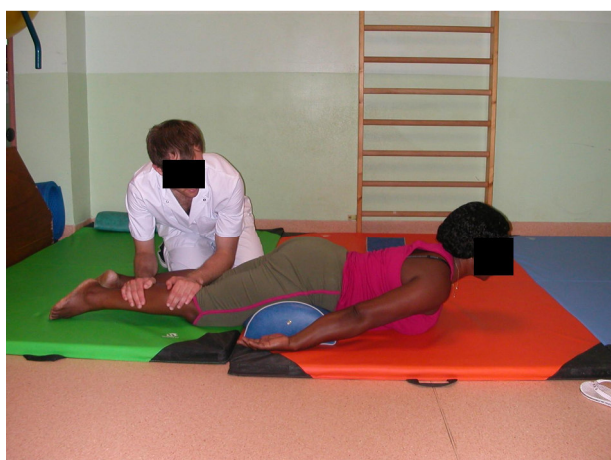


Figure 13



Figure 14

demande au patient de tenir la position. La norme chez les femmes est de 85 secondes (Fransoo, 2009).

c) Test de Ito pour les spinaux (figure 13)

Le sujet est placé en décubitus ventral sur un plan incliné d'environ 30° par rapport à l'horizontale. Les membres supérieurs sont placés le long du corps, les membres inférieurs fixés au sol. Le sujet doit maintenir le plus longtemps possible son corps à l'horizontal. La norme chez les femmes est de 128 secondes.

d) Test de Sorensen pour les spinaux (figure 14)

Le patient est en procubitus en bout de table, tronc dans le vide et les épines iliaques antéro-supérieures sont le premier élément à toucher la table. Les membres inférieurs sont maintenus à la table par le masso-kinésithérapeute ou par une sangle. Les membres supérieurs sont placés derrière la nuque du patient. Le sujet doit maintenir son tronc à l'horizontale le plus longtemps possible. La norme chez les femmes est de 240 secondes.

Il apparaît sur tous ces tests que les résultats de Mme X. sont très en deçà des normes communément admises, ce qui laisse apparaître un état d'hypotonie globale, cohérent avec les résultats obtenus lors du bilan musculaire. On retrouve le syndrome de déconditionnement évoqué par Mayer, que le test d'effort réalisé par la patiente laissait déjà présager.

14. Tests d'extensibilité du programme RFR

Ces tests sont les tests réalisés dans le cadre du programme RFR tel qu'il est pratiqué au sein du Centre Les Nouvelles Eaux Marines. Ils sont réalisés lors de la première séance du patient, puis sont réévalués régulièrement afin de suivre l'évolution des capacités du patient. Les résultats de Mme X sont disponibles en annexe 8.

a) Distance doigt-sol

La distance doigt-sol permet d'évaluer l'extensibilité de la chaîne musculaire postérieure. Il est demandé au patient de serrer les pieds, de garder les talons posés au sol et, tout en gardant les genoux en extension, de se pencher vers l'avant. La distance se mesure entre le majeur et le sol. Physiologiquement, il est admis que le contact index-sol doit être obtenu chez le sujet adulte.



Figure 15



Figure 16

b) Mesure de l'angle poplité (figure 15)

La mesure de l'angle poplité se réalise en décubitus dorsal. Les hanches de la patiente sont placées à 90° de flexion, puis le thérapeute vient ouvrir l'angle poplité formé par les segments jambier et cruraux. On mesure ensuite la différence entre la verticale et le segment jambier. Cette mesure permet d'évaluer l'extensibilité de la chaîne musculaire postérieure des membres inférieurs (muscles ischio-jambiers et triceps suraux majoritairement). Cet angle est considéré par la majorité des auteurs comme devant être nul physiologiquement chez l'adulte.

c) Distance talon-fesse (figure 16)

La distance talon-fesse se mesure en procubitus. Le thérapeute maintient le bassin du patient en effectuant une contreprise sur son sacrum, puis se saisit du segment jambier du patient et l'amène vers la fesse homolatérale. Il faut faire attention à ne pas laisser partir le segment crural en abduction. Ce test permet de mesurer l'extensibilité du muscle droit fémoral (faisceau poly-articulaire du quadriceps). Un contact entre le talon et la fesse est communément admis comme étant physiologique chez le sujet adulte.

15. Bilan fonctionnel

Dans la réalisation de ses activités quotidiennes, Mme X. est autonome pour la toilette (sauf pour se coiffer du fait des limitations d'amplitudes articulaires) et l'habillage ; elle fait sa cuisine toute seule et peut manger seule ; elle fait ses courses à pied en portant ses sacs tout en faisant attention à ne pas trop les charger ; elle réalise les activités ménagères en intérieur et extérieur (jardinage), mais le fait de passer l'éponge sur une grande surface, de faire les vitres ou de rester longtemps en position accroupie ou à genoux est douloureux.

Le médecin lui a interdit de porter des charges lourdes en hauteur. Il lui a également déconseillé de conduire en voiture, car cette activité déclenche la symptomatologie douloureuse lombaire.

Mme X. est autonome pour ses transferts, et utilise le passage par le latérocubitus pour passer des positions allongée à assise, ainsi que pour le transfert retour.

Il n'a pas été détecté lors des séances de rééducation de troubles de l'équilibre ou de la marche, et la patiente n'a déclaré aucune déficience dans ces domaines. De part les distances parcourues sur le tapis de marche en rééducation, nous pouvons admettre que Mme X. a un périmètre de marche illimité. Lors de la montée ou de la descente des escaliers, Mme X. peut

enchaîner une vingtaine de marches sans interruption, mais en positionnant les deux pieds sur la même marche ; cependant, cette activité lui déclenche des douleurs lombaires.

Un auto-questionnaire de Dallas (annexe 9) a été transmis à la patiente dans le but d'évaluer les répercussions de ses douleurs sur sa vie quotidienne. Ce test a été choisi car il couvre plusieurs éléments de la vie du patient, tout en étant rapide et facile à réaliser. Concernant les activités quotidiennes, il est rapporté 63% de répercussion, avec des rapports plus marqués pour le maintien des stations assise et debout prolongées ; au niveau de l'activité professionnelle et des loisirs, la valeur calculée est de 60%, touchant surtout la situation professionnelle de la patiente ; au rapport de l'influence des douleurs sur l'anxiété et la dépression, la patiente rapporte 53% de répercussion, majoritairement au niveau du contrôle de ses réactions émotionnelles ; enfin, au niveau de la sociabilité, le test conclut qu'il y a 60% de répercussion, avec une atteinte concernant surtout le soutien dont déclare avoir besoin la patiente.

Un autre questionnaire, le questionnaire de Tampa (annexe 10), permet d'évaluer la kinésiophobie, que l'on peut décrire comme étant une peur du mouvement. Plus la kinésiophobie est élevée, plus le patient souffrira d'incapacités. Mme X. obtient un score de 36/60, sachant qu'un score de 40/60 représente une « kinésiophobie significative ».

La patiente étant en arrêt de travail pendant toute la durée de sa prise en charge, elle ne pratique plus son activité professionnelle. Avant le début de son traitement, elle exerçait encore sa profession, mais avait des difficultés à réaliser certaines tâches, tel que le fait de porter les enfants dans ses bras.

16. Diagnostic kinésithérapique

a) Déficiences

Les déficiences présentées par Mme X. concernent surtout ses douleurs lombaires, qui sont les raisons de sa prise en charge. Il est remarqué un manque de force général, mis en évidence lors du bilan musculaire et des tests de force du programme RFR. Il est également noté des difficultés à maintenir certaines positions (assise et debout) de manière prolongée.

b) Limitations d'activité

Mme X. présente, du fait de ses douleurs, des difficultés à monter et descendre les escaliers ; elle réalise cette activité de manière asymétrique. Toujours à cause de ses douleurs,

elle ne conduit plus, et laisse d'autres personnes se charger de la conduire lorsqu'elle en a besoin (famille pour les déplacements personnels, ambulance pour se rendre à la clinique). Le résultat obtenu par le questionnaire de Tampa indique que la patiente est à la limite de la kinésiophobie.

c) Restriction de participation sociale

De part son arrêt de travail, Mme X. n'exerce plus sa profession pendant la durée de sa prise en charge rééducative. De plus, le fait qu'elle doive se rendre à la clinique, située à une heure de trajet en véhicule sanitaire léger (ou VSL) de chez elle, lui prend un temps non négligeable durant ses journées. Elle est de plus dépendante des horaires fixés par le personnel de la clinique et des disponibilités de la société de transport.

17. Risques

Augmentation des douleurs ou déclenchement d'une phase aigue douloureuse.

18. Objectifs

a) Du patient

Suppression de ses douleurs et reprise du travail.

Continuer la danse.

b) Du kinésithérapeute

Suppression (ou diminution) des douleurs.

Réentraînement cardio-respiratoire.

Amélioration de la force musculaire et de l'endurance.

Gain d'extensibilité.

Autonomisation du patient.

19. Principes

Prise en compte de la douleur ressentie par la patiente et de son niveau de fatigabilité.

Autonomiser la patiente et l'intégrer à sa prise en charge.

B) Techniques

Les techniques utilisées dans le traitement de Mme X seront majoritairement tournées vers un renforcement des groupes musculaires des membres inférieurs et du tronc, ainsi que des étirements des muscles des membres inférieurs. Des exercices de reconditionnement à l'effort tels que l'utilisation d'un vélo d'intérieur, un tapis de marche et des séances de balnéothérapie seront également pratiqués. En plus des soins en kinésithérapie, la patiente participera également à des séances d'ergothérapie à partir de sa troisième semaine de prise en charge. Ces techniques font parties d'un programme préétabli que les différents acteurs de santé doivent suivre.

a) Déroulement des journées de soin.

La patiente arrivait à la clinique avec un VSL, afin de commencer ses séances à 11h. Après avoir été questionnée sur l'évaluation de sa douleur la veille ainsi que le jour même, puis sur la réalisation ou non d'exercices d'étirements et/ou de renforcements musculaires à son domicile, la patiente travaillait, durant la première heure de sa journée thérapeutique, le renforcement musculaire de certains groupes de muscles ; puis elle faisait des exercices d'assouplissement des hanches et de travail de la bascule du bassin ; la séance se poursuivait par les étirements des groupes musculaires des membres inférieurs ; elle terminait avec 10 à 15 minutes de réentraînement cardio-respiratoire sur tapis de marche.

La patiente mangeait au sein de l'établissement, et reprenait ses séances à 14h en se rendant en balnéothérapie durant une heure. La dernière heure permettait de faire un renforcement des groupes musculaires non travaillés le matin, suivi d'une séance d'étirements des groupes musculaires des membres inférieurs identique à celle du matin, et se terminait par 10 à 15 minutes de pratique de vélo d'intérieur. Puis la patiente reprenait un VSL qui venait la chercher à la clinique et la ramenait à son domicile.

Bien qu'elle réalisait toujours ses exercices avec un kinésithérapeute pour la surveiller, corriger ses positionnements et l'encourager, Mme X. était parfois également accompagnée par d'autres patients souffrant également de lombalgie, à différents stade de leurs propres rééducations. La présence de ces autres patients n'influaient pas sur les performances de Mme X., qui ne cherchait pas à initier de conversation avec ces derniers, tout en leur répondant si ces derniers venaient à lui adresser la parole. Les séances de balnéothérapie se réalisaient sous la supervision de deux masseurs-kinésithérapeutes présents dans l'eau, en compagnie de deux ou trois autres patients présentant des pathologies différentes.



Figure 17



Figure 18

Comme dit précédemment, à-partir de sa troisième semaine de prise en charge, la patiente venait une demi heure plus tôt le matin (10h30) afin de réaliser des exercices avec l'équipe d'ergothérapeutes. En revanche, elle ne bénéficiait pas d'un suivi diététique, pas plus que d'un suivi psychologique.

b) Exercices de renforcement musculaire

Le renforcement musculaire des muscles des membres inférieurs et du tronc est un des éléments de base du traitement RFR. Plusieurs muscles/groupes musculaires ont été travaillés chez Mme X :

- Moyen fessier

La patiente se place en latérocubitus, les segments jambiers dans l'alignement du tronc. Les membres supérieurs peuvent éventuellement servir à stabiliser le patient dans la position. Une légère inclinaison de la partie supérieure du tronc et de la colonne cervicale du côté controlatéral au sol peut être tolérée pour permettre d'avoir la tête verticale. La patiente réalise une abduction du membre inférieur opposé au sol. Il faut empêcher d'éventuelles flexion ou extension du membre inférieur travaillant, ainsi qu'une rotation externe ou interne dudit membre, tout comme une flexion de genou de ce membre lors du mouvement. Puis la patiente ramène son membre inférieur dans la position initiale, en évitant de faire intervenir une adduction du membre inférieur. Cet exercice permet un travail du muscle Moyen fessier en concentrique (abduction), statique (tenue au zénith du membre inférieur durant une seconde) et en excentrique (retour freinateur d'abduction vers l'adduction).

Mme X. réalisait de chaque côté trois séries de 10 mouvements de cet exercice dans les premiers temps de son traitement. En fin de traitement, elle répétait le mouvement 20 fois sur trois séries (figures 17 et 18).

- Grand fessier

La patiente part en position quadrupédique. Il lui est demandé de réaliser une extension de hanche. Lors de la réalisation du mouvement, la flexion de genou initiale à 90° est conservée, ce qui permet, en plus du travail actif du grand fessier, d'avoir un travail statique des ischio-jambiers pour maintenir l'angulation. Il faut vérifier que la patiente ne compense pas en lordosant sa colonne lombaire. Mme X. étant dans ce cas, le thérapeute apposait



Figure 19



Figure 20



Figure 21



Figure 22

ses mains sur la colonne et sur l'abdomen de Mme X. afin de la guider dans la correction de sa position. Puis la patiente revenait en position initiale. Nous avons donc un travail du Grand Fessier et des ischio-jambiers en concentrique (lors d'extension de hanche), en statique (lors de la tenue au zénith durant une seconde) et en excentrique (lors du retour d'extension vers la position initiale), corrélé à un travail statique des ischio-jambiers.

Mme X. réalisait de chaque côté trois séries de 10 mouvements de cet exercice dans les premiers temps de son traitement. En fin de traitement, elle répétait le mouvement 20 fois sur trois séries (figures 19 et 20).

- Psoas et quadriceps

Patiente en décubitus dorsal. Il lui est demandé de réaliser une flexion de hanche, tout en conservant l'extension maximale de genou. Lors du mouvement, il faut veiller que la patiente ne parte pas en lordose lombaire et ne compense pas en utilisant ses membres supérieurs pour pousser sur le sol. Il y a travail du psoas et du droit antérieur en concentrique (flexion de hanche), en statique (tenue une seconde au zénith) et en excentrique (retour en position initiale) couplé à un travail statique des trois vastes du quadriceps par la tenue de l'extension de genou.

Mme X. réalisait de chaque côté trois séries de 10 mouvements en début de traitement, mais elle était obligée de venir reposer son membre inférieur sur le sol entre chaque mouvement. En fin de rééducation, il lui était possible de réaliser trois séries de 20 mouvements dans les mêmes conditions ou trois séries de 10 mouvements sans reposer son membre inférieur au sol lors du retour en excentrique (figures 21 et 22).

La patiente appréciait peu cet exercice, qu'elle trouvait difficile physiquement à réaliser.

- Chaise

L'exercice de la chaise (décrit précédemment) permet un recrutement de l'ensemble des groupes musculaires du membre inférieur, et plus particulièrement du muscle quadriceps. Cependant, cet exercice n'était pas réalisable par Mme X. du fait d'un déficit musculaire de ses membres inférieurs. L'exercice a donc été adapté de la manière suivante : un ballon de Klein était placé entre le dos de la patiente et le mur. La patiente partait de la position debout, en s'appuyant contre le ballon, et réalisait une flexion de hanche et de genou, jusqu'à atteindre une position la plus assise possible selon son ressenti. Puis il lui était demandé de tenir 10



Figure 23



Figure 24



Figure 25

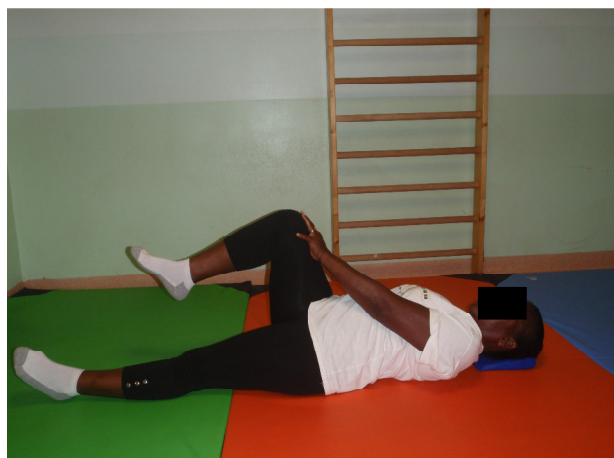


Figure 26

secondes, ou le plus longtemps possible si cette durée était trop importante, et ensuite de revenir dans la position initiale.

Mme X. réalisait cet exercice 3 fois en début de rééducation, en tenant 5 secondes en position semi-assise, et avec un temps de repos d'au moins 20 secondes entre chaque répétition. En fin de rééducation, il lui était possible de le réaliser 8 fois en tenant en moyenne 10 secondes lors de chaque réalisation, tout en conservant un temps de repos d'au moins 20 secondes. La position assise n'était pas obtenue, mais les flexions de hanche et de genou ont augmenté au cours des séances (figures 23 et 24).

Mme X. n'appréciait pas du tout cet exercice, qu'elle refusait de réaliser certains jours, et qu'elle n'exécutait que lorsqu'elle bénéficiait du soutien et des encouragements des thérapeutes et/ou des autres patients présents dans la salle.

- Abdominaux hypopressifs

Patiente en décubitus, jambes en crochet. Il lui est demandé de rentrer l'abdomen sur une expiration, puis de tenir la position sur une apnée expiratoire de quelques secondes. Cet exercice permet un travail du muscle transverse de l'abdomen.

Lorsque cet exercice est maîtrisé, il est possible d'augmenter le travail des muscles sollicités en demandant à la patiente, une fois son expiration réalisée, de réaliser une inspiration glotte ouverte. Mme X. ne réalisa pas cet exercice, qu'elle déclara ne pas comprendre.

Un autre exercice permettait également de faire travailler le transverse de l'abdomen, en synergie avec soit les abdominaux grands droits, soit les abdominaux obliques. Pour ce faire, la patiente part du décubitus, et il lui est demandé d'amener à 90° de flexion de hanche un de ses membres inférieurs. Puis, sur une expiration ventre rentré et en tenant l'apnée expiratoire 5 secondes, elle vient pousser contre la face antérieure de sa cuisse avec son membre supérieur homolatéral (sollicite les grands droits) ou controlatéral (sollicite les obliques). Il faut faire attention à ce que la patiente ne vienne pas augmenter sa lordose lombaire, et qu'elle rentre bien son ventre lors de l'inspiration pour obtenir une sollicitation du muscle transverse.

Cet exercice était répété 5 fois pour chaque mouvement, avec une apnée inspiratoire de 5 secondes (figures 25 et 26).



Figure 27

- Abdominaux type Shirado

Exercice décrit précédemment. Comme pour l'exercice précédent, il est associé à une expiration et il faut vérifier l'absence d'augmentation de la lordose lombaire.

Mme X. tenait la position 5 secondes, répétée cinq fois, en début de rééducation. En fin de traitement, il était réalisé des séries de 10 secondes répétées cinq fois.

- Gainage des dorsaux

Patiente allongée en procubitus. Il lui est demandé de venir redresser au maximum le tronc et de tenir la position pour un travail statique des muscles dorsaux. L'augmentation en difficulté se fait soit en augmentant la durée de tenue, soit en augmentant le bras de levier : dans un premier temps, la patiente garde ses membres supérieurs dans le dos ; puis elle peut les placer le long de son tronc ; et enfin elle peut les croiser derrière son crâne.

En début de traitement, Mme X. tenait 10 secondes avec les membres supérieurs dans le dos, répété cinq fois ; en fin de rééducation, il lui était possible de répéter cinq fois une tenue de 12 secondes avec les membres supérieurs croisés derrière son crâne (figure 27).

- Dorsaux type Ito

Exercice décrit précédemment. Mme X. tenait la position 5 secondes et répétait l'exercice trois fois en début de rééducation ; elle tenait 10 secondes et le répétait cinq fois en fin de traitement.

- Pontés pelviens

Patiente en décubitus, elle va décoller la face postérieure de son tronc et de son bassin ainsi que la face postérieure des cuisses. Les points d'appui seront la plante des pieds, le haut des scapulae et l'occiput (éventuellement la face palmaire des mains). Il est demandé à la patiente de bien « pousser sur la plante de ses pieds » afin de recruter les muscles des membres inférieurs, de « serrer les fesses » pour recruter les massifs fessiers et de « souffler en rentrant le ventre » pour avoir une sollicitation du transverse de l'abdomen. Pour augmenter l'intensité de l'exercice, il est possible de le réaliser en ne conservant qu'un seul appui plantaire au sol, l'autre membre inférieur se trouvant alors à l'horizontal, nécessitant un recrutement du quadriceps et du psoas pour maintenir la hanche dans sa position zéro et un travail du quadriceps pour obtenir l'extension de genou. Les stabilisateurs latéraux de bassin interviennent également dans le but de maintenir la position.



Figure 28



Figure 29

La patiente réalisera dans un premier temps des séries de six mouvements avec un temps de tenue de 5 secondes en appui bipodal. Au cours de la progression en intensité, le nombre de répétitions et les temps de tenue seront augmentés, puis on passera à un appui unipodal. En fin de rééducation, elle réalisait 10 mouvements sur chaque pied en unipodal, avec un temps de tenue de 10 secondes (figures 28 et 29).

Lors de la réalisation de ces exercices, la patiente souhaitait la présence d'un thérapeute à ses côtés, et attendait que ce dernier la stimule en faisant les exercices avec elle. Mme X. était la seule patiente suivant un traitement RFR à exprimer un tel souhait ; en effet, les autres patients étaient autonomes lors de l'exécution de leurs exercices au bout de deux ou trois séances, et étaient surveillés à distance par les thérapeutes présents dans la salle. De plus, bien qu'il lui ait été demandé de répéter ces exercices chez elle, Mme X. avouait ne pas les faire, déclarant ne pas avoir de temps à consacrer à cette activité.

c) Exercices d'étirements

Dans un suivi de type RFR, les étirements sont le second élément de base du traitement. L'objectif de ces étirements est de récupérer une souplesse au-niveau du bassin. Ils seront combinés avec des exercices d'assouplissement de cette région à l'aide d'un ballon de Klein, ainsi qu'avec des éléments de proprioception (travail de la position du bassin en antéversion et en rétroversion). Les étirements réalisés étaient des étirements de type analytique, et non pas de type global comme ils peuvent être pratiqués avec la méthode Mézières. Les temps de tenue étaient de 30 secondes, chaque étirement étant répété deux fois lors de chaque séance.

L'objectif étant que la patiente continue à s'étirer une fois ses séances de kinésithérapie terminées, les étirements proposés sont donc des exercices d'auto-étirements. Ces étirements étaient tous des étirements passifs.

- Assouplissement du complexe lombo-pelvi-trochantérien

Patiente en décubitus, avec les pieds posés sur un ballon de Klein, genoux en extension. La patiente réalise des mouvements de flexion, puis extension des genoux en



Figure 30

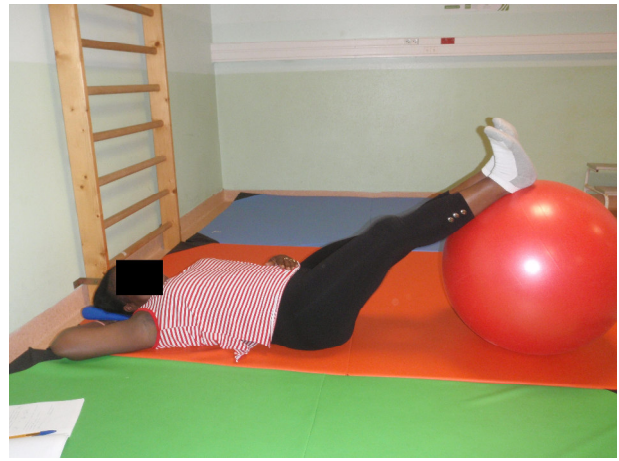


Figure 31



Figure 32



Figure 33



Figure 34



Figure 35



Figure 36

s'appuyant sur le ballon (figure 30). Il lui est également possible de réaliser, en partant de la position initiale, des mouvements latéraux avec ses membres inférieurs (figure 31).

Mme X. appréciait particulièrement ces exercices, qu'elle trouvait relaxants.

- Exercices d'anté- et de rétroversion du bassin

Dans un premier temps, nous avons tenté de faire prendre conscience à la patiente des positions de rétroversion et d'antéversion du bassin en utilisant un ballon de Klein : assise sur le ballon, elle devait le faire rouler sous elle vers l'avant (position de rétroversion) et vers l'arrière (position d'antéversion) (figures 32, 33 et 34). Cependant, la patiente était peu réceptive à cette méthode, ayant peur de tomber et ne parvenant pas à ressentir les deux positions. Nous sommes passés à un travail en position debout, auquel la patiente a plus facilement adhéré. Guidé par un kinésithérapeute, il lui était demandé de contracter ses fessiers et ses abdominaux lors de la position de rétroversion, et de « sortir les fesses en arrière » lors du passage en antéversion.

- Rotateurs internes de hanche

Patiente en décubitus dorsale. Les deux membres inférieurs sont amenés à 90° de flexion de hanche et de fémoro-tibiale. Le membre que l'on souhaite travailler subit une rotation externe de hanche maximale, de manière à ce que le pied vienne reposer sur la face antérieure de la cuisse de l'autre membre inférieur. Puis la patiente vient attraper la face postérieure de la cuisse du membre inférieur au repos, de manière à maintenir la position. La rotation externe peut être majorée en utilisant le coude du membre supérieur homolatéral au membre inférieur travaillé (figure 35).

- Rotateurs externes de hanche

Patiente en décubitus. Le membre inférieur que l'on veut étirer doit être ramené vers l'épaule controlatérale. Il faut veiller à ce que l'autre membre inférieur, qui est en triple extension, ne soit pas emporté par le bassin et décollé du sol (figure 36).

- Piriforme

Patiente en position assise. Le membre inférieur au repos est en flexion de hanche et extension de fémoro-tibiale. Concernant le membre inférieur que l'on souhaite étirer, la patiente vient placer la face latérale de son pied contre la face latérale de son genou du



Figure 37



Figure 38



Figure 39



Figure 40



Figure 41



Figure 42



Figure 43

membre au repos. Puis, elle vient attraper le genou du membre inférieur du côté étiré avec sa main controlatérale et le tire vers l'épaule controlatérale (figures 37 et 38).

- Grand fessier

Patiente en décubitus. Il lui est demandé de ramener ses membres inférieurs sur son abdomen et de les maintenir à l'aide de ses membres supérieurs (figure 39).

- Chaîne postérieure du membre inférieur

Deux exercices proches étaient réalisés pour étirer cette zone. Dans un premier temps, l'étirement était unilatéral. La patiente était assise, avec un membre inférieur en flexion de hanche, extension de genou, flexion dorsale de cheville, et l'autre membre inférieur sur le côté. Le bassin doit être en position neutre. Le membre inférieur antérieur était celui qui subissait l'étirement. Il était demandé à la patiente de se pencher vers l'avant en essayant de venir toucher ses orteils tout en veillant à garder le dos dans l'alignement. Il fallait veiller à ce que la patiente ne fléchisse pas le genou et ne compense pas en partant en lordose lombaire (figure 40).

Le second exercice permettait un étirement bilatéral, les deux membres inférieurs étant en flexion de hanche, extension de genou et flexion dorsale de cheville. La même consigne était donnée à la patiente, avec les mêmes risques de compensation (figure 41).

- Long adducteur

Patiente en position assise, les deux membres inférieurs formant un angle d'environ 90° en extension de genou. On demande à la patiente de se pencher vers l'avant et de poser ses mains le plus loin possible devant elle. Il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas d'augmentation de la courbure lombaire et que les fémoro-tibiales ne se fléchissent pas (figure 42).

- Court adducteur

Patiente en position assise, avec flexion et abduction de hanche et flexion de fémoro-tibiale. La patiente appuie avec ses membres supérieurs sur ses membres inférieurs pour augmenter l'angle d'ouverture entre le tronc et les membres inférieurs (figure 43).

- Psoas

Patiente en position de chevalier servant. En gardant le tronc le plus vertical possible et sans augmenter sa lordose lombaire, il est demandé à la patiente de déplacer son corps vers



Figure 44



Figure 45



Figure 46



Figure 47

l'avant. Cet exercice nécessite que la patiente puisse maîtriser la tenue de la position du bassin en rétroversion (figure 44).

- Quadriceps

Patiente en position debout, bassin en rétroversion. Il lui était demandé de porter un de ses talons à sa région fessière homolatérale et d'attraper ce talon avec sa main. Cet exercice était difficile pour Mme X. dans les premiers temps, et elle était forcée de compenser en laissant partir vers l'avant le membre inférieur étiré. Par la suite, elle parvint à obtenir un contact talon-fesse tout en conservant les deux articulations fémoro-tibiales alignées (figure 45).

- Triceps sural

Deux exercices étaient réalisés. Le premier était effectué face au mur, bassin en position neutre. La patiente posait les orteils d'un de ses membres inférieurs sur le mur, ce qui entraînait un étirement dans le triceps sural (figure 46). Le second exercice se faisait en position de fente avant, bassin en rétroversion. Le membre inférieur situé en arrière est celui qui subit l'étirement. Il faut veiller à ce que la patiente ne soulève pas le talon. Cet étirement intervient dans toute la chaîne postérieure du membre inférieur (figure 47).

Comme pour les exercices de renforcement musculaire, Mme X. avait besoin de la présence d'un thérapeute afin de réaliser ses exercices. Dans le but de la motiver, une zone de son anatomie lui était indiquée (par exemple la face antérieure de la cuisse) et il lui était demandé de se rappeler toute seule quel étirement devait être réalisé (dans ce cas, l'étirement du quadriceps). Grâce à ce système de stimulation, la patiente parvenait à se rappeler tous les étirements qu'elle était censée réaliser, et les reproduisait chez elle lorsqu'elle se sentait courbaturée (notamment après ces séances de danse).

Elle rapporta à plusieurs reprises que suite à la réalisation des étirements des muscles rotateurs internes de hanche, piriforme et grand fessier, elle notait une diminution de ses douleurs lombaires, aussi bien en intensité que lors de leur vitesse d'apparition lors de la marche.

d) Exercices de reconditionnement cardio-respiratoire

Les exercices de reconditionnement à l'effort étaient réalisés deux fois par jour. Le matin, la patiente utilisait le tapis de marche ; l'après-midi, elle faisait du vélo d'intérieur.



Figure 48



Figure 49

Une progression quant à la durée et l'intensité de l'effort réalisé fut mise en place. Ainsi, dans les premiers temps du traitement, la patiente faisait 10 minutes de marche à une vitesse de 2.6 kilomètres par heure, sans inclinaison du tapis, et pédalait 10 minutes à une résistance de 1 sur le vélo d'intérieur. Cependant, ces deux activités rebutaient la patiente, qui ne les effectuait qu'après des négociations avec les kinésithérapeutes. En fin de traitement, elle était capable de marcher durant 15 minutes sur le tapis de marche sans inclinaison à une vitesse de 4 kilomètres par heure tout en maintenant une conversation avec le kinésithérapeute, et elle pédalait 15 minutes à résistance 3 ; Mme X. n'appréciait pas cette activité, et essayait à chaque séance de diminuer le temps de pédalage, prétextant le fait que son VSL allait partir sans elle (bien que ledit VSL ne soit pas encore présent sur le parking de la clinique). La réalisation des séances sur le vélo d'intérieur nécessitait la présence constante du kinésithérapeute aux côtés de la patiente, sous peine de voir cette dernière cesser son effort (figures 48 et 49).

e) Séance de balnéothérapie

L'utilisation de la balnéothérapie en complément d'un programme RFR classique permet d'apporter plusieurs avantages pour le patient. Le fait que le corps soit immergé dans l'eau permet, grâce à la pression d'Archimède, une diminution du poids du corps ressenti par le patient (dans notre cas, la balnéothérapie était remplie d'eau douce, qui arrivait au-niveau du manubrium sternal, ce qui signifiait que la patiente ressentait 30% du poids de son corps). Cet effet permet notamment une mise au repos des muscles anti-gravifiques du patient. La pression hydrostatique permet une meilleure perception de la position des membres et du bassin, ce qui présente un intérêt dans les mouvements de travail des positions d'antéversion et de rétroversion du bassin. La résistance hydrodynamique permet, en faisant varier la surface d'attaque, d'augmenter ou de diminuer les résistances apposées aux différents groupes musculaires. De plus la chaleur de l'eau permet un effet myorelaxant et antalgique.

Pendant les séances en piscine, qui duraient 45 minutes, Mme X. travaillait, accompagnée d'un kinésithérapeute, des exercices de renforcement musculaire (notamment les muscles adducteurs de hanche, extenseurs de hanche et extenseurs de genou). Le thérapeute réalisait également des étirements des groupes musculaires des membres inférieurs.

La séance se poursuivait par des exercices de réentraînement cardio-respiratoire de type « montée de genoux » ou « pas chassés ». Un travail de renforcement des muscles du tronc



Figure 50



Figure 51



Figure 52

était également réalisé, la patiente devant tenir assise sur des planches en mousse sans s'aider de ses membres supérieurs.

Bien qu'elle admit que ces exercices étaient plus agréables à réaliser pour elle que ceux effectués à sec, Mme X. présenta une certaine appréhension de l'eau durant une dizaine de jours. En effet, elle ne savait pas nager, et bien qu'elle eut pied, elle craignait de mettre la tête sous l'eau et de se noyer. Cette appréhension fut passagère, et une fois ses craintes vaincues, elle admit que la séance en balnéothérapie était la partie de sa journée qu'elle préférait, appréciant le fait d'être immergé et l'aspect ludique des exercices proposés.

f) Séance d'ergothérapie

Le travail réalisé en ergothérapie avait avant tout un but fonctionnel, en vue d'une réinsertion dans le milieu professionnel. La séance commençait par une mesure de la distance doigt-sol (annexe 11). La patiente effectuait alors un travail dynamique et répétitif par ramassage et dépôt de petits cubes (30 cubes) de 2,5 centimètres de côté. Le travail se faisait dans le plan sagittal. La patiente devait se baisser, les pieds serrés et les genoux tendus, pour aller chercher les cubes posés dans un bac qu'elle devra poser sur une étagère. La moitié des cubes sont ramassés avec la main droite, l'autre avec la main gauche, la main au repos étant placée derrière le dos. La hauteur initiale du bac est réglée en fonction de la distance doigt-sol du jour (distance doigt-sol minorée de 1 centimètre). L'étagère supérieure ne doit pas provoquer d'hyperextension du rachis (figures 50, 51 et 52).

Un deuxième type d'exercice incluant des rotations de la colonne vertébrale aurait dû être intégré lors de la deuxième semaine de prise en charge en ergothérapie. Cependant, Mme X. se montrait particulièrement récalcitrante envers les exercices proposés durant ces séances. Les ergothérapeutes décidèrent donc de ne pas réaliser cet exercice.

g) Traitement antalgique

Sur consigne du médecin de réadaptation suivant le cas de Mme X., l'utilisation de techniques antalgiques n'était pas recommandée. La seule séance de traitement de la douleur fut réalisée le 30 mai 2013 lorsque la patiente se présenta en ergothérapie en se plaignant de fortes douleurs (évaluées sur l'échelle verbale numérique à 7/10). La patiente déclarait souffrir depuis la veille au soir, après qu'elle ait réalisé sa séance de danse hebdomadaire, bien que la réalisation de cette activité lui ait été à plusieurs reprises déconseillée par les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et son médecin traitant. Malgré ces recommandations,

la patiente continuait à se rendre à son cours, déclarant qu'elle « aimait trop cela pour arrêter ».

A la palpation, la patiente présentait des contractures sur les paravertébraux des deux côtés, ainsi qu'au niveau de son massif fessier gauche. La position assise, qu'elle avait dû tenir durant une heure dans le VSL, ainsi que les mouvements réalisés en ergothérapie, exacerbèrent ses douleurs. Un massage de la région dorsolombaire ainsi que des deux massifs fessiers fut réalisé, en utilisant des techniques douces telles que des effleurages, des pressions statiques peu marquées et des vibrations.

La patiente fut vue par la suite par le médecin, qui lui prescrit des anti-inflammatoires. Les séances de l'après-midi furent moins intenses qu'à l'accoutumée. La séance de balnéothérapie et les exercices d'assouplissement avec le ballon de Klein eurent un effet antalgique. Lorsqu'elle revint à sa séance suivante, les douleurs étaient passées à 5/10 sur l'échelle numérique verbale, et revinrent à 3/10 sur cette même échelle lors de la séance suivante.

III. Résultats.

Suite à la réalisation des 20 séances de kinésithérapie prescrite à la patiente, ainsi que les 10 séances d'ergothérapie auxquelles elle avait pris part, un bilan de sortie fut effectué.

1. Bilan des algies

Concernant la localisation de ses douleurs, la patiente déclare que celles-ci irradient moins dans le membre inférieur gauche, et sont désormais localisées au-niveau de la région lombaire. La patiente les cote à 3/10 sur les échelles numérique verbale et visuelle analytique (gain de 1 point sur l'échelle visuelle analytique). Elles sont exacerbées durant et après les séances d'ergothérapie, pouvant atteindre 9/10 sur l'échelle numérique verbale. La marche ne déclenche plus de douleur, pas plus que la mobilisation douce. Le travail en piscine et le repos continuent à avoir une action antalgique.

2. Bilan palpatoire

Bilan réalisé avec la patiente en procubitus. Le pli de peau en lombaire est toujours difficile à obtenir. Les processus épineux, transverses et articulaires des vertèbres L3, L4 et L5, ainsi que le processus épineux de S1 restent douloureux à la palpation, ainsi que lors des mobilisations en flexion, extension et inclinaisons.

3. Bilan morphodynamique

a) Bilan de la flexion

Distance doigt-sol : 10 centimètres (gain de 12 centimètres).

Schoeber modifié : les distances entre trait 1 et trait 2 et trait 25 et trait 3 passent toutes les deux à 8 centimètres.

b) Bilan de l'extension

La distance entre le mur et le manubrium sternal est passée à 19 centimètres (gain de 11 centimètres).

c) Bilan de l'inclinaison

Les valeurs d'inclinaison (distances majeur/sol) sont de 38 centimètres à gauche (gain de 6 centimètres) et de 39 centimètres à droite (pas de gain).

d) Bilan des rotations

L'angulation de la rotation gauche est passée à 55° (gain de 10°) et de 60° à droite (gain de 20°).

4. Tests de force du programme RFR

Résultats disponibles en annexe 8.

5. Tests d'extensibilité du programme RFR

Résultats disponibles en annexe 8.

Il est noté pour ces deux séries de tests que les résultats de la patiente ont progressé.

6. Bilan fonctionnel

La patiente a rempli un auto-questionnaire de Dallas à sa sortie (annexe 12). Ce dernier met en évidence que Mme X. se sent encore handicapée dans sa vie sociale du fait de ses douleurs. Seule la partie du test traitant de la sociabilité permet de mettre en avant une régression significative des troubles (41% de répercussion à la place de 60%).

Concernant le questionnaire de Tampa rempli par la patiente lors de sa dernière séance (annexe 13), il affiche un score de 37/60 (pour 36/60 lors de l'évaluation initiale). Dans ce

cas, on note une régression d'un point, mais le score de kinésiophobie significative (40/60) n'est pas atteint. La patiente a repris son travail suite à la fin de sa rééducation

IV. Discussion.

Les résultats obtenus suite à la prise en charge de Mme X. durant cinq semaines au sein du programme de réadaptation fonctionnelle du rachis dont elle a bénéficié permettent de mettre en avant certains progrès, que ce soit au niveau de son endurance musculaire ou de son extensibilité (annexe 14). On note notamment une nette amélioration de la force et de l'endurance des muscles du tronc (annexe 8), ce qui est en accord avec les résultats communément retrouvés chez les patients ayant bénéficié de ce type de traitement (Weissland, 2001). Cependant, il est à noter que malgré l'amélioration de ces paramètres, ceux-ci restent en deçà des valeurs communément admises comme étant physiologiques, aussi bien au-niveau de la force et de l'endurance que de l'extensibilité musculaire.

Concernant les douleurs ressenties par Mme X., on observe une amélioration, même si le score de kinésiophobie reste élevé, ce qui indique encore l'appréhension de la patiente envers la réalisation de certains mouvements et activités, de peur de re-déclencher un épisode douloureux aigu. Cet élément est en désaccord avec certains résultats, qui avaient mis en évidence qu'un traitement de réadaptation fonctionnelle du rachis, s'il ne diminuait pas les craintes des patients face à une reprise professionnelle, diminuait de manière significative leur kinésiophobie et leur crainte de réaliser des activités physiques (Chaory 2004).

La personnalité de Mme X. s'est posée comme un frein dans sa rééducation, avec des éléments comportementaux qui compliquaient sa prise en charge par l'équipe soignante. Par exemple, Mme X. refusait de cesser ou de diminuer ses activités de loisir (notamment ses cours de danse) malgré le fait que ces derniers augmentaient l'intensité et la fréquence des douleurs. Elle ne réalisait pas non plus ses exercices à domicile, bien que lesdits exercices lui aient été montrés et expliqués à plusieurs reprises et que d'après ses propres dires, ils soulageaient ses douleurs. Elle souhaitait également constamment avoir la présence d'un masseur-kinésithérapeute à ses côtés durant les séances, souhaitant même parfois que ce dernier fasse les exercices en même temps qu'elle. Ces deux derniers éléments indiquent que la patiente se trouvait dans un état de passivité face à l'équipe soignante qui est en opposition

avec le principe d'autonomie recherché par le traitement RFR. Cet état aurait pu être détecté, parmi d'autres paramètres, lors de la réalisation d'un bilan psychologique. En effet, les éléments recherchés lors d'un bilan psychologique pour un patient lombalgique allant suivre un traitement RFR sont l'anxiété, la motivation, la dépression et le profil psychologique (Revel, Bouillon-Sebti, 2003). La personnalité de la patiente présentait également des aspects qui paraissaient contradictoires, non seulement avec certains traits rencontrés chez les patients lombalgiques en général, mais également entre les propos qu'elle tenait et le comportement qu'elle avait en séance. Ainsi, un des éléments fréquemment rencontrés chez les patients lombalgiques est la recherche de bénéfices secondaires à la pathologie ; souvent, ce bénéfice réside dans l'obtention d'un arrêt de travail de longue durée. Or, Mme X. souhaitait reprendre le plus rapidement son activité professionnelle. De plus, bien qu'elle déclarait vouloir « aller mieux » et « être guérie », elle faisait preuve en séance de kinésithérapie et d'ergothérapie d'un manque de motivation évident. La patiente présentait également des comportements que Waddell appelle « illness behaviour », tels que se mettre une main dans le dos lorsqu'elle était observée, des plaintes régulières ou encore des mimiques douloureuses. Ces « illness behaviour » sont pour Waddell des comportements utilisés inconsciemment par le patient pour montrer sa souffrance et convaincre les soignants de sa réalité. Tous ces éléments montrent que les paramètres psychosociaux occupent une place centrale dans la prise en charge des patients, nécessitant une écoute attentive de la part de l'équipe soignante

Il apparaît que la réalisation d'un bilan psychologique de la patiente aurait pu s'avérer utile ; en effet, ce type de bilan permet d'établir le profil psychopathologique et le fonctionnement psychique du patient, deux éléments particulièrement importants lorsque les patients pris en charge appartiennent aux cercles deux ou trois de la classification de Maigne, ce qui était le cas de Mme X. Ces facteurs psycho comportementaux peuvent fortement influencer sur la rééducation, et s'avérer plus importants dans la prise en charge du patient que certains paramètres tels que la douleur (**Genêt, 2006**).

Cependant, la réalisation d'un bilan comportemental présente de nombreuses difficultés, notamment quant au choix des bilans utilisés : les questionnaires présentent un effet subjectif pouvant fausser leurs résultats et les tests objectifs de personnalité ciblent trop certains traits de caractère, qui ne sont pas forcément pertinents une fois isolés de l'ensemble de la personnalité des patients. Les tests projectifs sont les seuls à être reconnus pour leur

pertinence, mais nécessitent de nombreuses heures de travail et la présence de professionnels formés à ce type de tests (Revel, Grivell, Poirauveau, 2003).

En plus de ces facteurs psycho comportementaux, d'autres facteurs sont reconnus comme influant l'efficacité ou non d'un traitement de réadaptation fonctionnelle du rachis, tels que l'âge, l'intensité de la douleur lombaire et le nombre de jours d'arrêt de travail (Bendix , 1998). Ces éléments à valeur prédictive sont en adéquation avec les résultats observés chez Mme X., puisque cette dernière n'était en arrêt de travail que durant la durée de son traitement, présentait des douleurs lombaires dont l'intensité était modérée, mais avait déjà un âge avancée (52 ans). Elle présentait donc des facteurs à la fois en faveur de l'efficacité du traitement, et des facteurs qui laissaient présager un résultat plus mitigé. Les activités professionnelles de la patiente et de son mari étaient également des facteurs prédictifs défavorables à la réussite du traitement. En effet, les personnes ayant une profession ou un conjoint ayant une profession dans le secteur primaire ou présentant une composante de manutention importante ont globalement des résultats moins bons que ceux exerçant dans le domaine tertiaire.

La reprise du travail, qui était un des objectifs communs à la patiente et à l'équipe de rééducation, a été effectuée dès la fin du traitement RFR, ce qui prouve que le traitement s'est avéré efficace sur ce point au moins. Cet élément est un des éléments en faveur du traitement RFR face aux autres techniques. En effet, si à long terme les différences face aux récurrences et aux nombres de jours d'arrêt de travail sollicités s'estompent, les patients ayant bénéficié d'un programme RFR reprennent leur travail plus rapidement que ceux ayant eu un autre type de traitement (Bendix, Bendix, Haestrup, Busch, 1998).

La lombalgie chronique reste une pathologie difficile à traiter, certains patients semblent mieux répondre à certains traitements. L'efficacité des traitements basés uniquement sur la réalisation d'exercices de renforcement et d'étirements par un kinésithérapeute ne semblent pas avoir plus d'efficacité que des mobilisations vertébrales ou uniquement des exercices de proprioception (**Ferreira, 2007**), d'où l'intérêt du traitement RFR qui inclut à la fois des exercices de renforcements et d'étirements musculaires, couplés à des exercices de proprioception.

La prise en charge multidisciplinaire présente dans les traitements RFR (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeur d'activité physique adaptée, médecins rééducateurs, éventuellement neuropsychologues) semble également favoriser une reprise 30/33

rapide de l'activité professionnelle, avec un nombre moins important de jours d'arrêt de travail (**Roche-Lebouche, 2011**), ainsi qu'une meilleure réinsertion sociale. Cette approche permet de prendre en charge le patient dans sa globalité et avec différentes approches. Les résultats mitigés observés chez la patiente peuvent probablement en partie s'expliquer par une approche pluridisciplinaire assez limitée du fait de l'absence de certains professionnels au sein de l'équipe de la clinique, notamment l'absence d'une diététicienne qui aurait pu assurer un suivi diététique, et ainsi intervenir sur le surpoids de Mme X.

Malgré cette prise en charge, l'implication du patient dans sa rééducation reste un des éléments fondateurs du traitement RFR, puisque ce dernier est basé sur la réalisation d'activités physiques de renforcements et d'étirements musculaires, aussi bien lors des séances qu'au domicile. Ce dernier élément a vraisemblablement été le point le plus difficile dans la prise en charge de Mme X., ses refus, toujours justifiés selon elle, de reproduire les exercices présentés régulièrement chez elle ayant été un frein à sa progression. Le comportement passif de la patiente, qui était plus dans une optique d'attente d'amélioration grâce aux équipes soignantes, mais sans son implication à elle, alors qu'il aurait fallu qu'elle s'investisse plus dans ses soins, a été une barrière qu'il a été nécessaire de franchir, à force de discussions avec la patiente et par la mise en place de jeux pour la motiver et l'intéresser à son état. Il est alors intéressant de se rendre compte qu'un travail doit être effectué en amont par le médecin prescripteur, dans le but de n'adresser que des patients informés et motivés dans ce type de programme, ce qui n'a peut être pas été le cas pour Mme X.

V. Conclusion

Le choix de l'équipe soignante d'avoir proposé à Mme X. de participer à un programme de réadaptation fonctionnelle du rachis apparaît comme pertinent, ce type de traitement étant le plus efficace à l'heure actuelle pour traiter les lombalgies chroniques. Le fait que la patiente soit venue dans un centre de rééducation en hôpital de jour, et n'ait pas été dirigée vers un cabinet libéral, lui a permis d'avoir une prise en charge et un suivi plus adaptée à sa pathologie et à sa personnalité (Roche, 2007). En effet, comme il l'a déjà été signalé, la patiente avait souvent besoin d'être motivée et encouragée par les différents

soignants, aspect dont elle n'aurait pas bénéficié si elle avait eu un programme d'exercices à réaliser chez elle uniquement.

Les variations de motivation qui s'observaient chez la patiente ont vraisemblablement influé sur les résultats finaux, mais ces facteurs physiopathologiques sont très souvent retrouvés chez les patients lombalgiques et doivent donc être intégrés et pris en compte dans le suivi de ces patients (Richards, 2013). Ces éléments motivationnels doivent être recherchés et analysés avant de proposer un traitement par réadaptation fonctionnelle du rachis (ou functional restoration program) à des patients, car ce protocole de soins nécessite l'implication personnelle du patient dans le processus de sa guérison. Ce dernier ne doit pas rester passif, dans une situation d'attente ; il doit s'impliquer dans son traitement. Les membres des corps médical et paramédical sont là pour l'accompagner, le renseigner et le guider mais ne peuvent se substituer au patient. Le patient est là pour se soigner lui-même, et non pas uniquement pour recevoir des soins. Ce facteur peut donc apparaître comme une des limites du protocole RFR, et mettre en échec le corps soignant.

Malgré cela, le traitement RFR reste le plus efficace à l'heure actuelle pour la réinsertion socioprofessionnelle des patients (**Poiraudeau, 2007**). L'approche transdisciplinaire entre les différents professionnels de santé permet au patient de bénéficier de conseils variés et adaptés à chaque élément de sa vie personnelle, dans le but évident d'éviter une éventuelle récurrence. Ce travail lui permet de comprendre sa pathologie, de l'envisager sous divers points de vue, et de surtout comprendre quels sont les objectifs recherchés pour sa guérison, et par quels moyens ils peuvent être atteints.

Cette approche pluridisciplinaire est en phase avec le développement actuel des programmes d'éducatifs thérapeutiques des patients, dont les objectifs sont d'améliorer la prise en charge de certains patients, et notamment ceux souffrant de pathologies chroniques, dont la lombalgie chronique fait justement partie. Ces types de programmes ne sont pas encore très développés en France à l'heure actuelle, mais leur nombre est en augmentation constante depuis leur apparition dans les publications de la HAS en 2007. L'éducation thérapeutique des patients inclut notamment des éléments de prévention et d'ergonomie, dont la mise en place est un facteur prédictif de guérison et de non-récurrence chez les patients lombalgiques chroniques (Rossignol, 2009).

Il est également intéressant de suivre l'évolution des scores de kinésiophobie à court et moyen termes. En effet, la kinésiophobie est positivement corrélée avec le risque de récurrence

de douleurs lombaires, ou avec la survenue d'un premier épisode aigu (**H. Susan J. Picavet, 2002**). La kinésiophobie peut se décrire comme étant une peur du mouvement, et plus largement comme une crainte ou une appréhension face aux activités physiques, aussi bien sportives que professionnelles. Elle est donc un facteur péjoratif de cicatrisation, puisque le mouvement est un élément nécessaire à cette cicatrisation tissulaire en cas de lésion, et à leur réorganisation. Une diminution du mouvement entraîne également une sous-utilisation des groupes musculaires qui ont été renforcé lors du traitement RFR, ce qui peut replonger le patient dans le syndrome de déconditionnement précédemment cité.

Cet élément sera important à surveiller chez Mme X. car son score de kinésiophobie, évalué grâce au questionnaire de Tampa, a augmenté. De plus, même si les résultats du test indiquent que la patiente ne souffre pas de kinésiophobie, ils sont proches de la valeur seuil, ce qui fait de la patiente un sujet à risque. Ce facteur de risque pourra être évalué et suivi régulièrement grâce au questionnaire de Tampa, dont les résultats sont corrélés avec les rechutes ou les premières crises de douleurs lombaires (Johan W.S. Vlaeyen, 1995).

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Sommaire des références bibliographiques et articles

Annexe 2 : Prescription de rééducation et bilan du médecin

Annexe 3 : Compte-rendu radiologique

Annexe 4 : IRM lombaire

Annexe 5 : Rapport d'épreuve d'effort

Annexe 6 : Compte-rendu de la précédente hospitalisation

Annexe 7 : Bilan des algies

Annexe 8 : Comparaison des tests d'endurance et d'extensibilité entre le début et la fin du traitement

Annexe 9 : Auto-questionnaire de Dallas en début de traitement

Annexe 10 : Questionnaire de Tampa en début de traitement

Annexe 11 : Résultat des séances d'ergothérapie

Annexe 12 : Auto-questionnaire de Dallas en fin de traitement

Annexe 13 : Questionnaire de Tampa en fin de traitement

Annexe 14 : Compte-rendu médical de la prise en charge de la patiente

Sommaire des références bibliographiques.

Bendix A.F, Bendix T, Haestrup C, Busch E (1998). A Prospective, randomized 5-year follow-up study of functional restoration in chronic low back pain patients. Eur Spine J ; (7) : 111-119.

Bendix A.F, Bendix T, Haestrup C, Cornelia O.T. (1998). Can It Be Predicted Which Patients With Chronic Low Back Pain Should Be Offered Tertiary Rehabilitation in a Functional Restoration Program? A Search for Demographic, Socioeconomic, and Physical Predictors. Spine ; (16) : 1775-1783.

Chaory K et al (2004). Impact de programmes de restauration fonctionnelle sur les peurs, croyances et conduites d'évitement du lombalgique chronique. Annales de réadaptation et de médecine physique ; (47) : 93-97.

Dufour M, Pillu M (2006). *Rachis lombal*. In : Edition Masson. Biomécanique fonctionnelle. p487-506.

Ferreira M.L et al (2007). Comparison of general exercise, motor control exercise and spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: A randomized trial. Pain ; (131) : 31-37.

Fransoo P., Dassain P., Mattucci P (2009). Mise en pratique du test de Shirado. Kinésithérapie la revue ; (87) : 39-42

Genêt F. et al (2006). Evaluation psycho comportementale dans la lombalgie chronique. Annales de réadaptation et de médecine physique ; (49) : 226-233.

H. Susan J. Picavet, Joha W.S. Vlaeyen, Jan S.A.G. Schouten (2002). Pain catastrophizing and kinésiophobie : predictors of chronic low back pain. American Journal of Epidemiology ; (156) : 1028-1034.

Johan W.S. Vlaeyen, Ank M.J. Kole-Snijders, Ruben B.B. Boeren, H. van Eek (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain ; (62) : 363-372.

Kapandji A.L, (2007). Anatomie fonctionnelle tête et rachis. 6^{ème} édition Maloine.

Lardry JM, Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. Mai 2005.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf

21/01/2014

Laversin S, Diagnostic, Prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombaldec2000.pdf>

21/01/2014

Maigne JY, (2009). Le mal de dos : pour une prise en charge efficace. Ed Elsevier Masson.

Moisan G (2007). Programme de restauration fonctionnelle du rachis. Adaptation du programme RFR : Méthode et résultats. Kiné Scientifique ; (481) : 57-62

Poiraudeau S, Rannou F, Revel M (2007). Functional restoration programs for low back pain: a systematic review. Annales de réadaptation et de médecine physique ; (50) : 425-429.

Revel M, Bouillon-Sebti M. (2003). *Programme de restauration fonctionnelle du rachis : le bilan psychologique*. In : Edition Elsevier Masson. Information du patient et lombalgie commune. p44-49.

Revel M, Grivell M.H., Poiraudeau S (2003). *Programme de ré-entraînement à l'effort. Bilan d'inclusion : études critiques des tests psychologiques*. In : Edition Elsevier Masson. Information du patient et lombalgie commune. p50-54.

Roche-Leboucher G et al, (2011). Multidisciplinary intensive functional restoration versus outpatient active physiotherapy in chronic low back pain: a randomized controlled trial. Spine ; (26) : 15-36.

Roche G et al, (2007). *Comparison of a functional restoration program with active individual physical therapy for patients with chronic low-back pain: a randomized controlled trial*. In : Archive Physical Medical Rehabilitation, Vol 88. p1229-1235.

Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A (2009). Epidémiologie des lombalgies : Quoi de neuf ? Joint Bone Spine ; (6) : 608-613

Richards M.C et al, (2013). The effectiveness of physiotherapy functional restoration for post-acute low back pain : A systematic review. Manual therapy ; (18) : 4-25.

Salmochi JF, Maigné S (2005). *Protocole d'évaluation du lombalgique en pratique quotidienne*. In : Résonances Européennes du rachis, volume 13 n°40. p1634-1638.

Voisin PH, Vanvelcenaher J, Vanhee JL, Bibre P, Divay E, Struk P (1994). Programme de restauration fonctionnelle du rachis (R.F.R) : *Pour une prise en charge active des lombalgiques chroniques*. In : Ed Masson. Annales Kinésithérapiques tome 21. p337-350.

Waddell G, (2004). The Back Pain Revolution. Ed Churchill Livingstone.

Weissland T, (2001). Reconditionnement musculaire et lombalgie chronique. Kiné Scientifique ; (417) : 6-12.

A l'examen du rachis :

>Syndrome rachidien :

DDS : 20 cm

Hanches libres

Angles poplités -15° des 2 cotés

>Syndrome duremérien :

EJT 80° bilatérale

Léri : négatif avec une DTF à - 10 cm., mais douleurs au niveau du droit antérieur ainsi qu'au niveau lombaire

>Syndrome neurologique :

Absence de déficit sensitivo-moteur

ROT symétriques, +/- vifs

Absence de Babinski

>Syndrome local :

Trepied positif

SI indolore

Ep: L4-L5-SI sensibles ++

Absence de cellulalgie

CONCLUSION :

Patiente de 53 ans présentant un examen clinique rachidien sub-normal, avec en particulier, un déconditionnement à l'effort.

La patiente est informée du projet thérapeutique et de sa durée prévisionnelle de séjour qui sera de 20 séances à raison de 3 séances par semaine.

La patiente accepte le projet thérapeutique.

Une demande de test d'effort cardiaque est remise à la patiente afin qu'elle puisse la transmettre à son médecin traitant, qui l'orientera vers un cardiologue.

CONDUITE A TENIR :

Prise en charge par kinésithérapeute : oui non

Protocole RFR après test d'effort cardiaque

- ↳ Travail d'échauffement et d'endurance
- ↳ Etirement des plans sous pelviens
- ↳ Etirement des paravertébraux

ANTECEDENTS :

Méd. : HTA mal équilibrée selon la patiente ; AIT le 15/02/2011 (hospitalisée 21 jours en neuro. au C.H.U. de P/A/P).

La patiente a été hospitalisée en juillet 2012 aux Nouvelles Eaux-Marines, pour prise en charge d'une TA labile, suivie par [redacted]

Chir. : cholécystectomie ; hystérectomie.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Lombalgies avec radiculalgies gauches, de trajet atypique ; douleurs ressenties au niveau du long de la crête du tibia depuis 1 an.

Traitement AINS + antalgiques, sans amélioration.

Août 2012, la patiente a été infiltrée 3 fois, au niveau des articulaires postérieurs par le [redacted] avec une amélioration observée après la 3^{ème} infiltration et qui a duré 3 mois, puis récurrence de la symptomatologie douloureuse.

La patiente est adressée par le [redacted] pour éventuelle prise en charge en RFR.

TRAITEMENT HABITUEL :

| | | |
|------------------|---|---|
| BISOPROLOL 10 | : | 1.0.0 |
| PERINDOPRIL 8 mg | : | 1.0.0 |
| INDAPAMIDE 1,5 | : | 1.0.0 |
| LOXEN 50 LP | : | 1.0.0 |
| CRESTOR 5 | : | 0.0.1 |
| ALLOPURINOL 100 | : | 1.0.0 |
| TEGRETOL LP 200 | : | 1.0.1 |
| KARDEGIC 75 | : | 0.1.0 |
| TOPALGIC 100 | : | 1.0.1 |
| PARACETAMOL 1 g | : | 1.1.1 si besoin (n'en prend qu'un par jour) |

EXAMEN D'ENTREE :

Patiente cohérente, coopérante, bien orientée dans le temps et l'espace.

| | | | | |
|------------------------|-----|--------------------------|-----|-------------------------------------|
| Troubles de l'humeur : | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles cognitifs : | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input checked="" type="checkbox"/> |

Poids habituel : 68 kgs Poids actuel : 73 kgs Taille : 155 cm. IMC : 30

Douleurs cotées à /10 (EVA) moyennes

Service de Médecine Physique et de Réadaptation
HOPITAL DE JOUR (HDJ)
Compte-rendu

Chef de Service

Moule, le 6 juin 2013.

Médecins Rééducateurs :

Assistant :

Cadre de Santé :

Kinésithérapeutes :

Ergothérapeutes :

Orthophoniste :

Neuro-Psychologue :

Assistante Sociale :

Diététicienne :

Secrétariat médical :

 :

 :

Unité de soins :

 :

Copies à :

Chers Collègues,

Je vous remercie de nous avoir adressé
pour sa rééducation fonctionnelle,
Madame :

Née le



La patiente a séjourné dans le service de Médecine Physique et de Réadaptation, en Hôpital de Jour, du 26/04/2013 au 06/06/2013.

Patiente vue en consultation le 19/02/2013.

MODE DE VIE :

← mariée, 4 enfants (33, 26, 22 et 16ans) ; aide-maitresse dans une école maternelle.

Habite une maison de plain pied.



Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encrer le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.

| | Fortement en désaccord | Quelque peu en désaccord | Quelque peu en accord | Fortement en accord |
|---|------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| 1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique | ① | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre | 1 | ② | 3 | 4 |
| 3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas | 1 | 2 | 3 | ④ |
| 4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée * | ① | 2 | 3 | ④ |
| 5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux | ① | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours | ① | 2 | 3 | 4 |
| 7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e) | ① | 2 | 3 | 4 |
| 8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux * | ① | 2 | 3 | 4 |
| 9. J'ai peur de me blesser accidentellement | 1 | ② | 3 | 4 |
| 10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles | 1 | ② | 3 | 4 |
| 11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps | 1 | 2 | 3 | ④ |
| 12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) * | 1 | ② | 3 | 4 |
| 13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas | ① | 2 | 3 | 4 |
| 14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active | 1 | ② | 3 | 4 |
| 15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser | 1 | ② | 3 | 4 |
| 16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave * | ① | 2 | 3 | 4 |
| 17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur | 1 | ② | 3 | 4 |

Questionnaire Tampa (TSK)

pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie

(Kori et al., 1990, traduite par French et Roach)

Nom : _____ évaluation no 1 (2) 3 4 5 6 date : 06/06/2013

Score :

| |
|----|
| 37 |
|----|

 sur 68

Les peurs et craintes reliées à la douleur entraînent souvent un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant causer ou aggraver une lésion. On utilise le terme "kinésiophobie" pour définir cette "peur du mouvement".

Dans une série d'études cliniques, Vlaeyen et al. (1995a, 1995b) ont démontrés que la kinésiophobie était un meilleur prédicteur de l'incapacité que les tests de capacité physique et les tests de sévérité de la douleur.

L'Échelle Tampa (TSK-CF) pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie a été conçu et validé pour estimer le niveau de kinésiophobie présent un individu au moment de l'évaluation, et ce, dans le but d'ajuster l'intervention en conséquence, et ultérieurement, d'évaluer si la dite intervention aura eu un effet sur ce problème commun chez les gens souffrant de douleurs persistantes.

Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important.
(40 / 68 est considéré comme une kinésiophobie significative (Vlaeyen).)

Références :

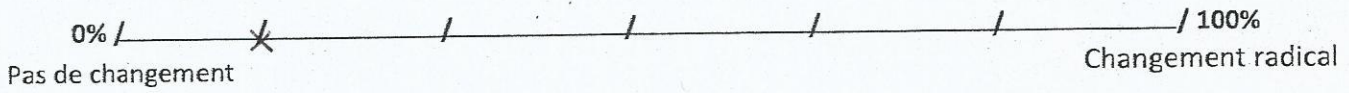
Kori, S.H., Miller, R.P., Todd, D.D., (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, Jan/Feb, 35-43.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Rotteveel, A.M., Ruesink, R., Heuts, P.H.T.G. (1995a). The role of fear of movement / (re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 5(4), 235-252.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Boeren, R.G.B., Ruesink, R., Van Eek, H. (1995b). Fear of movement / (re)injury in chronic low back problem and its relation to behavioural performance. *Pain*. 62, 363-372.

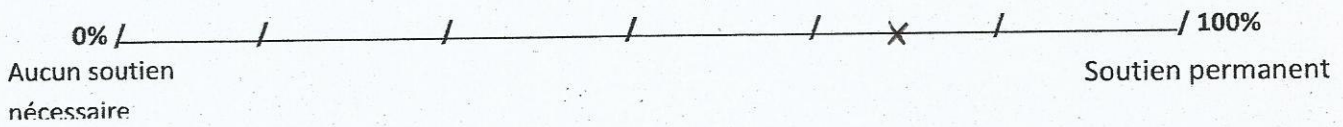
14/ Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?



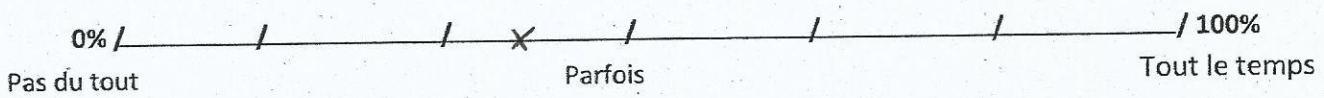
15/ Le soutien dans la vie de tous les jours

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc.) ?



16/ Les réactions défavorables des proches

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

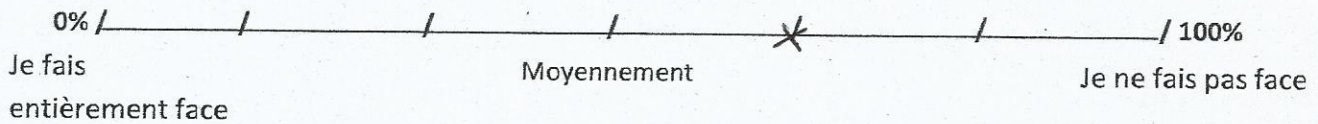


Total x 5 = _____ % de répercussion sur la sociabilité

% = 41%

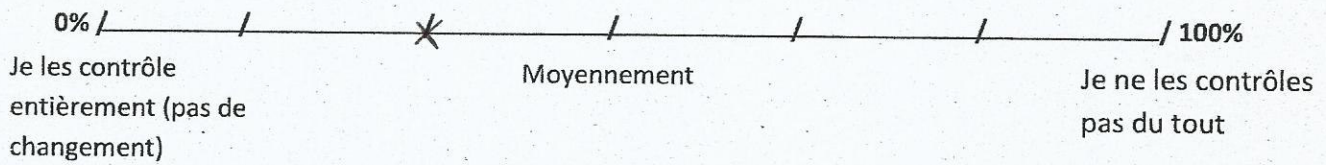
11/ L'anxiété / le moral

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?



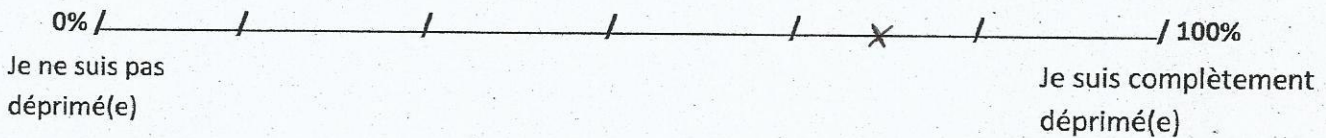
12/ La maîtrise de soi

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?



13/ La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

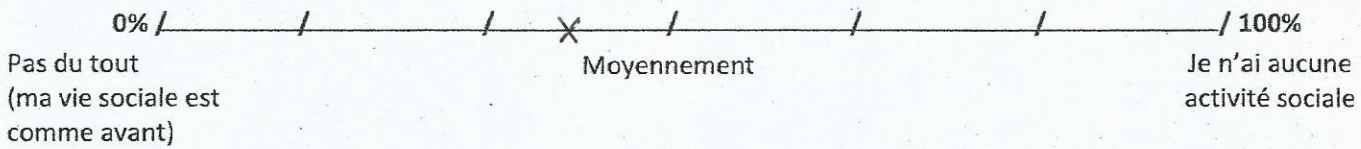


Total x 5 = _____ % de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

% = 60 %

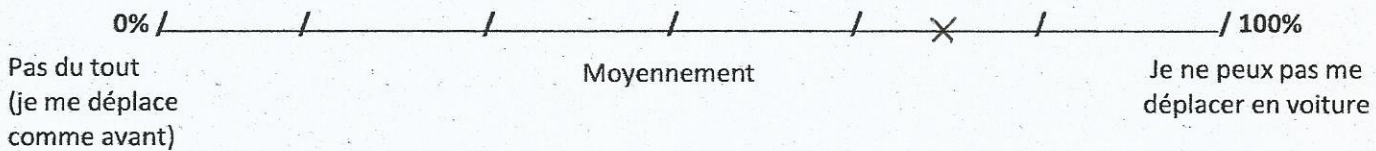
8/ Activité sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissement, repas ou soirées entre amis, sorties, etc.) ?



9/ Les déplacements en voiture

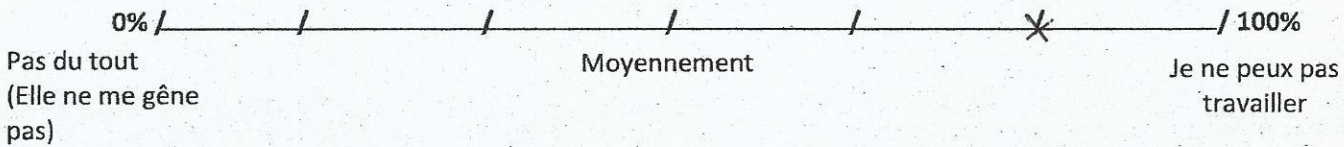
Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?



10/ Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

Pas du tout Moyennement Je ne peux pas travailler

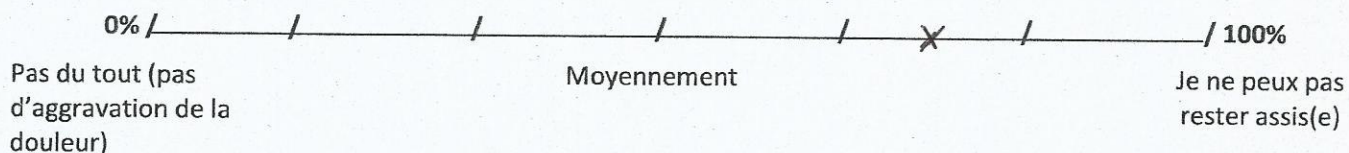


Total x 5 = _____ % de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

65 % = 65 %

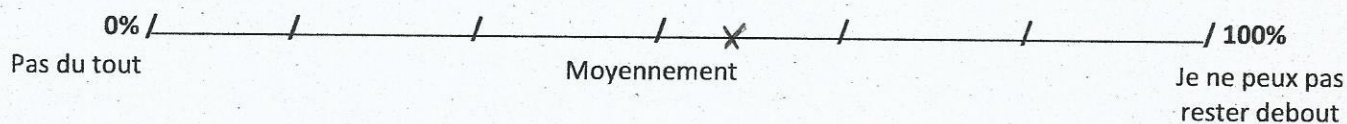
5/ La position assise

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?



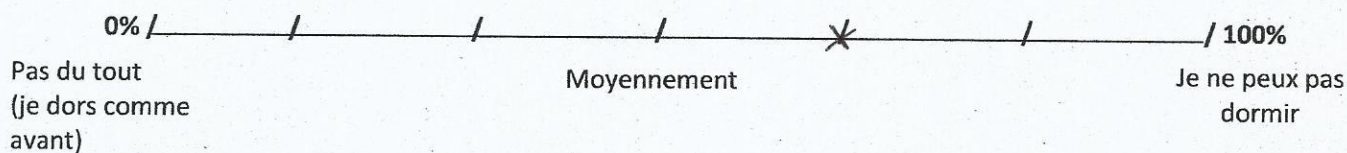
6/ La position debout

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?



7/ Le sommeil

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?



Total x 3 = _____ % de répercussion sur le rapport activités quotidiennes

% = 56 %

Auto-questionnaire de dallas
(Version traduite et validée par le GEL : Groupe d'études des lombalgies)

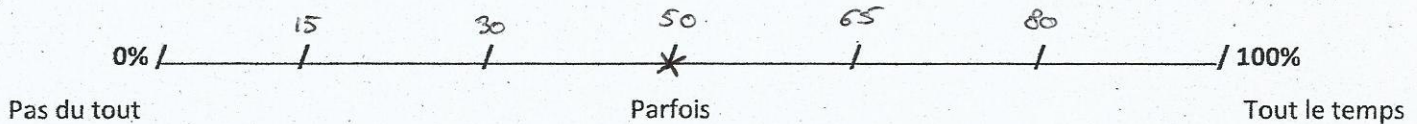
Evaluation : Initiale Intermédiaire Finale DATE : 06/06/2013

Renseignements socio-administratifs :

Nom _____ Prénom _____

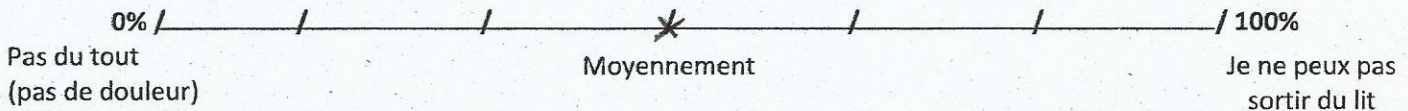
1/ La douleur et son intensité

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?



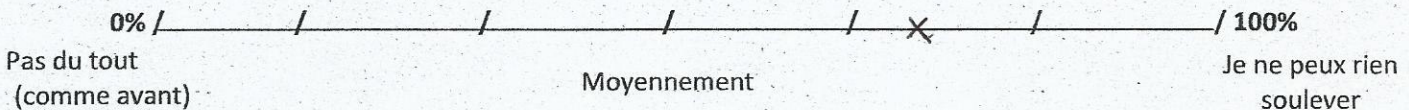
2/ Les gestes de la vie

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?



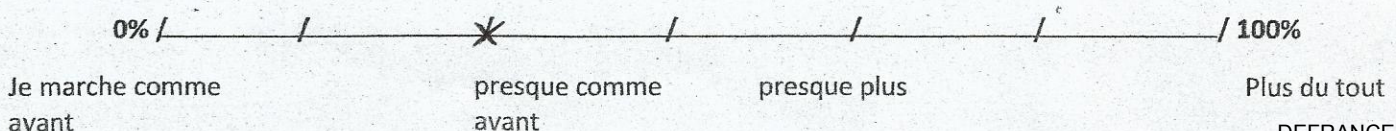
3/ La possibilité de soulever quelque chose

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?



4/ La marche

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?



Nom :

Service d'ergothérapie

Prénom :

Date d'entrée : 26/04/13

Programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR)

➔ Flexibilité du rachis

| Date | Distance doigts/sol | Rotations du tronc | | Nombre de séries (30 cubes par série) |
|----------|---------------------|--------------------|------|--|
| | | avec | sans | |
| 17/05/13 | + 17 | | X | 3 |
| 21/05/13 | + 16 | | X | 4 |
| 23/05/13 | + 11 | | X | 4 |
| 24/05/13 | + 14 | | X | 4 |
| 28/05/13 | + 12 | | X | 4 |
| 30/05/13 | + 14 | | X | 2 douleur ++ |
| 31/05/13 | + 15 | | X | 2 |
| 03/06/13 | + 13 | | X | 4 |
| 04/06/13 | + 13 | | X | 3 |
| 06/06/13 | + 14 | | X | 4 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

outil ikq 002
ver. juin-2005

Yvan Campbell
kinésiologue

institut de kinésiologie du québec
www.yvanc.com
514-754-3475

Université de Montréal
Chargé de cours (Kin 2035) : département de kinésiologie
C.P. 6128, succursale centre-ville
Montréal, Qc, Canada, H3C 3J7
Téléphone : 514-343-6151 Fax : 514-343-2181
<http://www.kinesio.umontreal.ca/>

Courriel: yvanc@yvanc.com

Le présent ouvrage fait partie du domaine public et peut être cité ou reproduit sans autorisation spéciale (disponible au www.yvanc.com).

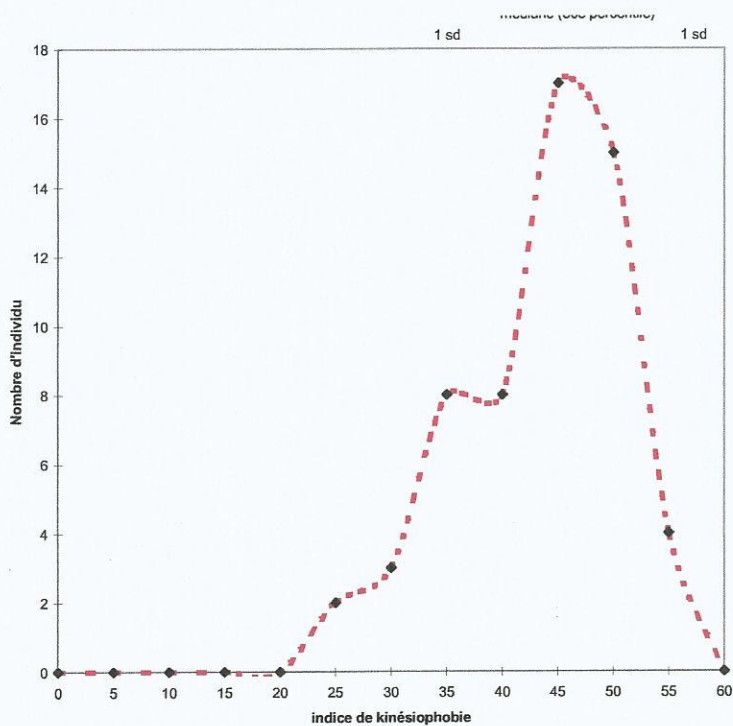
Pour le score : additionner les chiffres. Inversez le score pour les questions avec un * (questions 4, 8, 12 et 16).

Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important.
(40 / 68 est considéré comme une kinésiophobie significative (Vlaeyen).

Percentile, indice de kinésiophobie (TSK), pré-ecp, population incapacitée par un T.M.S. (chronique)

n = 57 (Campbell, 2004)

| 5e percentile | 25e percentile | 50e percentile | 75e percentile | 95e percentile |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 0 | 40 | 46 | 51 | 55 |



| | |
|------------|-------|
| Moyenne | 45.12 |
| Écart type | 7.45 |
| Médiane | 46.00 |
| N | 57 |
| Max | 57.0 |
| Min | 27.0 |

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.

| | Fortement en désaccord | Quelque peu en désaccord | Quelque peu en accord | Fortement en accord |
|---|------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| 1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. J'ai peur de me blesser accidentellement | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave * | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur | 1 | 2 | 3 | 4 |

Questionnaire Tampa (TSK)

pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie

(Kori et al., 1990, traduite par French et Roach)

Nom : _____ évaluation no ① 2 3 4 5 6 date : 06/05/2013

Score :

| |
|----|
| 36 |
|----|

 sur 68

Les peurs et craintes reliées à la douleur entraînent souvent un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant causer ou aggraver une lésion. On utilise le terme "kinésiophobie" pour définir cette "peur du mouvement".

Dans une série d'études cliniques, Vlaeyen et al. (1995a, 1995b) ont démontrés que la kinésiophobie était un meilleur prédicteur de l'incapacité que les tests de capacité physique et les tests de sévérité de la douleur.

L'Échelle Tampa (TSK-CF) pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie a été conçu et validé pour estimer le niveau de kinésiophobie présent un individu au moment de l'évaluation, et ce, dans le but d'ajuster l'intervention en conséquence, et ultérieurement, d'évaluer si la dite intervention aura eu un effet sur ce problème commun chez les gens souffrant de douleurs persistantes.

Plus le score est élevé, plus le niveau de kinésiophobie est important.
(40 / 68 est considéré comme une kinésiophobie significative (Vlaeyen).)

Références :

Kori, S.H., Miller, R.P., Todd, D.D., (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, Jan/Feb, 35-43.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Rotteveel, A.M., Ruesink, R., Heuts, P.H.T.G. (1995a). The role of fear of movement / (re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 5(4), 235-252.

Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M.J., Boeren, R.G.B., Ruesink, R., Van Eek, H. (1995b). Fear of movement / (re)injury in chronic low back problem and its relation to behavioural performance. *Pain*. 62, 363-372.



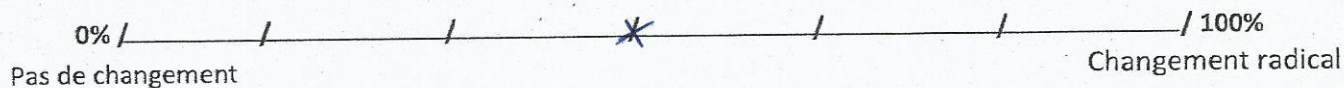
Questionnaire Tampa (TSK)

pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie

 institut de
kinésiologie
du Québec

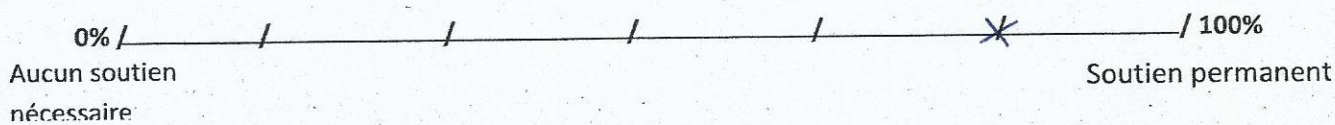
14/ Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?



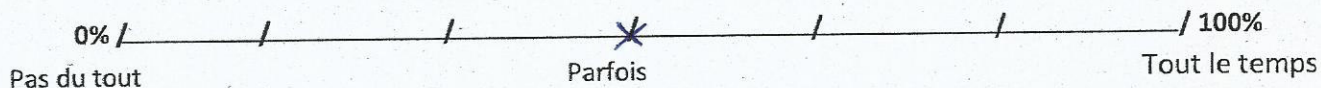
15/ Le soutien dans la vie de tous les jours

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc.) ?



16/ Les réactions défavorables des proches

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

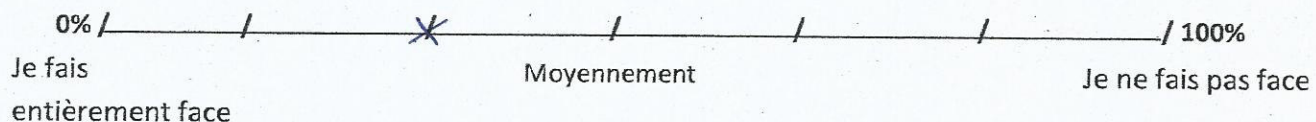


Total x 5 = _____ % de répercussion sur la sociabilité

0% = 60%

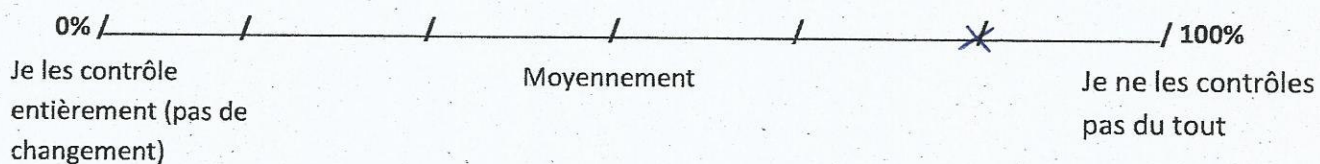
11/ L'anxiété / le moral

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?



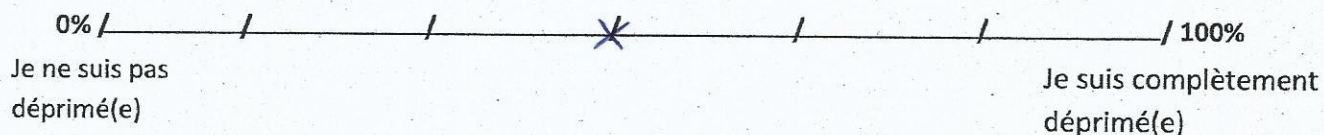
12/ La maîtrise de soi

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?



13/ La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

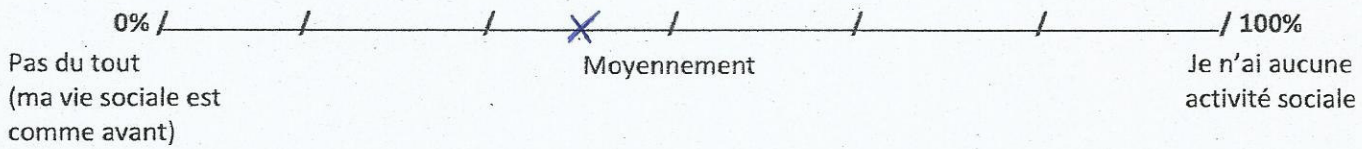


Total x 5 = _____ % de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

0% = 53 %

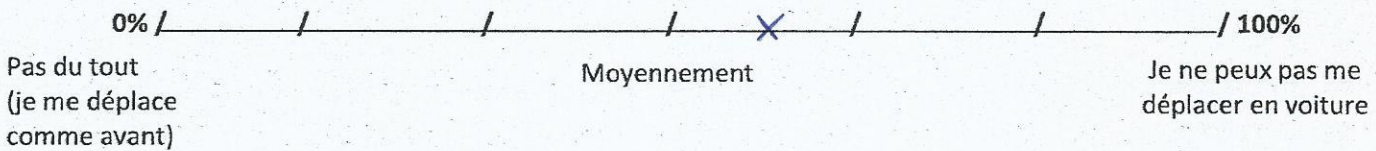
8/ Activité sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissement, repas ou soirées entre amis, sorties, etc.) ?



9/ Les déplacements en voiture

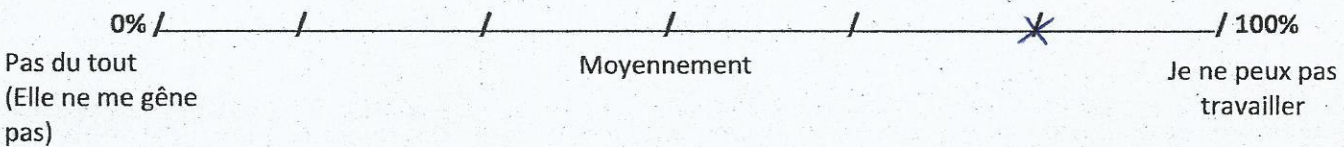
Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?



10/ Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

Pas du tout Moyennement Je ne peux pas travailler

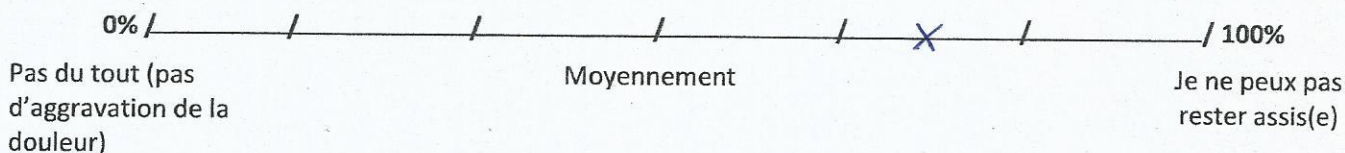


Total x 5 = _____ % de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

0% = 60%

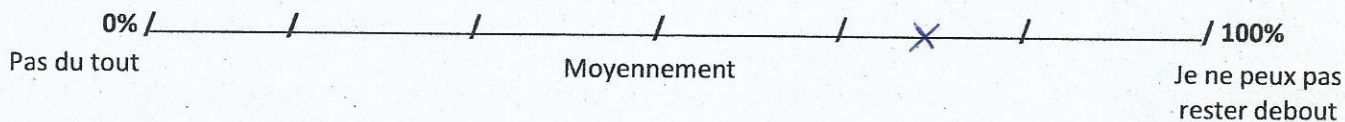
5/ La position assise

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?



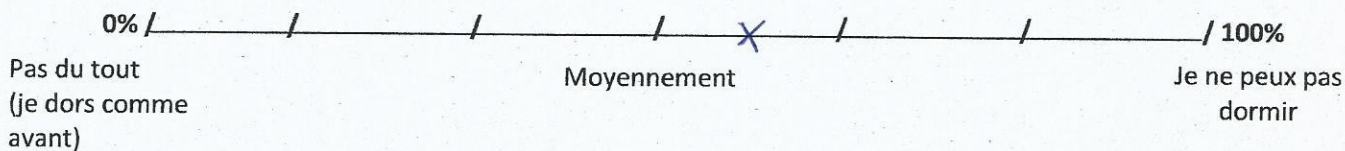
6/ La position debout

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?



7/ Le sommeil

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?



Total x 3 = _____ % de répercussion sur le rapport activités quotidiennes

% = 63 %

Auto-questionnaire de dallas
(Version traduite et validée par le GEL : Groupe d'études des lombalgies)

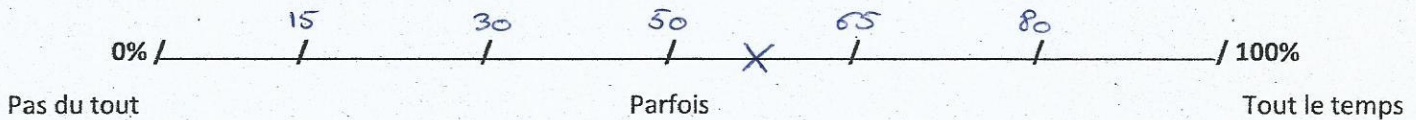
Evaluation : Initiale Intermédiaire Finale DATE : 06/05/2013

Renseignements socio-administratifs :

Nom _____ Prénom _____

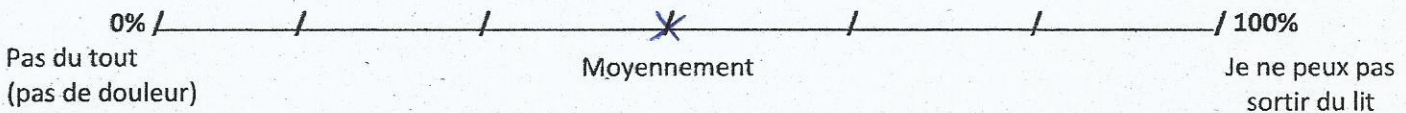
1/ La douleur et son intensité

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?



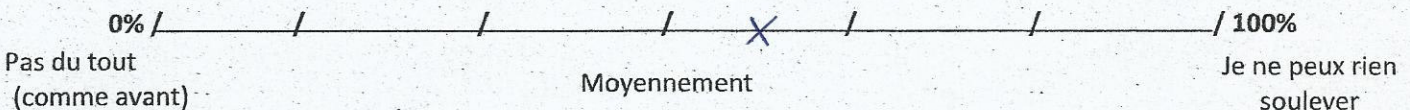
2/ Les gestes de la vie

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?



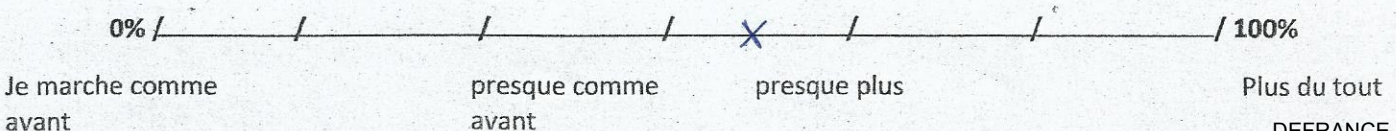
3/ La possibilité de soulever quelque chose

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?



4/ La marche

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?



Annexe 8

Tests de renforcement musculaire

| Type d'exercice | Début de rééducation | Fin de rééducation | Comparaison |
|-------------------|----------------------|--------------------|-------------|
| Test de la chaise | 10 secondes | 16 secondes | + 60% |
| Ito abdominaux | 10 secondes | 18 secondes | + 80 % |
| Ito spinaux | 13 secondes | 41 secondes | + 215 % |
| Sorensen spinaux | 8 secondes | 22 secondes | + 175 % |

Tests d'extensibilité

| Type d'exercice | Début de rééducation | Fin de rééducation | Comparaison |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|-------------|
| Distance doigt-sol | 22 cm | 10 cm | Gain de 55% |
| Angle poplité bilatéral | 15° | 5° | Gain de 66% |
| Distance talon-fesse bilatérale | 10 cm | 3 cm | Gain de 70% |

Annexe 3

VII – TYPE DE LA DOULEUR

| Caractéristiques des douleurs aiguës | | Caractéristiques des douleurs chroniques | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| • Episode douloureux | <input type="checkbox"/> | Douleur permanente, récurrente et répétitive (douleurs dont la durée et l'ancienneté sont impossible à fixer – souvent plus de 3 mois) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Anxiété | <input type="checkbox"/> | Anxiété – dépression | <input type="checkbox"/> |

VIII – EVALUATION ET COTATION DE LA DOULEUR

- EVA / Cotation : 4/10
- EVS / Cotation :
- EN / Cotation : 3/10
- ECPA / Cotation :
- Questionnaire DN4 / Cotation :
- Echelle de soulagement de la douleur :
- Auto évaluation (6 étapes) de la douleur chronique chez l'adulte / Cotation :

Synthèse

V - FACTEURS DECLENCHANT LA DOULEUR

| Douleurs nociceptives | | Douleurs neuropathiques | |
|--------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|
| • La mobilisation (par autrui) | <input checked="" type="checkbox"/> | • Sensation de douleur au froid et chaud | <input type="checkbox"/> |
| • La marche | <input checked="" type="checkbox"/> | • Le mouvement déclenche des douleurs fulgurantes | <input type="checkbox"/> |
| • Autres | <input checked="" type="checkbox"/> | Le tact - le toucher déclenche des douleurs | <input type="checkbox"/> |

VI - FACTEURS APAISANT LA DOULEUR

Repos

Position antalgique : Réductible Non Oui

Immobilisation
 ➤ atèle :
 ➤ autre :

Cryothérapie

Thermothérapie

Massages

Electrothérapie

Balnéothérapie

Autres

III – DESCRIPTION DE LA DOULEUR (Cochez les cases correspondant au mieux aux termes du patient)

| Sémiologie des douleurs nociceptives | | Sémiologie des douleurs neuropathiques | |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------|
| • Douleurs sourdes continues | <input type="checkbox"/> | • Fond douloureux permanent → brûlures | <input type="checkbox"/> |
| • Douleurs pulsatiles | <input type="checkbox"/> | • Douleurs intermittentes fulgurantes → décharges électriques. | <input type="checkbox"/> |
| • Douleurs lancinantes (élancement) | <input checked="" type="checkbox"/> | • Picotement (paresthésies : sensation anormale à la douleur) | <input type="checkbox"/> |
| • Douleurs ténébrantes (en coup de poignard) | <input type="checkbox"/> | • Fourmillement (dysesthésies : sensation anormale à la douleur, désagréable) | <input type="checkbox"/> |
| • Douleurs à type de pesanteur | <input type="checkbox"/> | • Engourdissement | <input type="checkbox"/> |
| • Douleurs à type de serrement | <input type="checkbox"/> | • Démangeaison | <input type="checkbox"/> |
| • Douleurs à type de rongement | <input type="checkbox"/> | • Sensation d'étau, de compression ou de constriction. | <input type="checkbox"/> |
| • Autres douleurs (à décrire) | <input type="checkbox"/> | • Autres douleurs (à décrire) | <input type="checkbox"/> |

IV – DUREE ET MOMENT D'APPARITION DES DOULEURS

- Douleur à prédominance diurne
- Douleur à prédominance nocturne
- Douleur insomniante (qui réveille la nuit):
 - 1 ère partie de nuit (vers 24h-1h)
 - 2 ème partie de nuit (vers 4h)
- Douleur continue
- Autres
- Episode douloureux(durée et nbre approximatif)



BILAN DES EVALUATIONS DES ALGIES

Date 06... / 05... / 2013

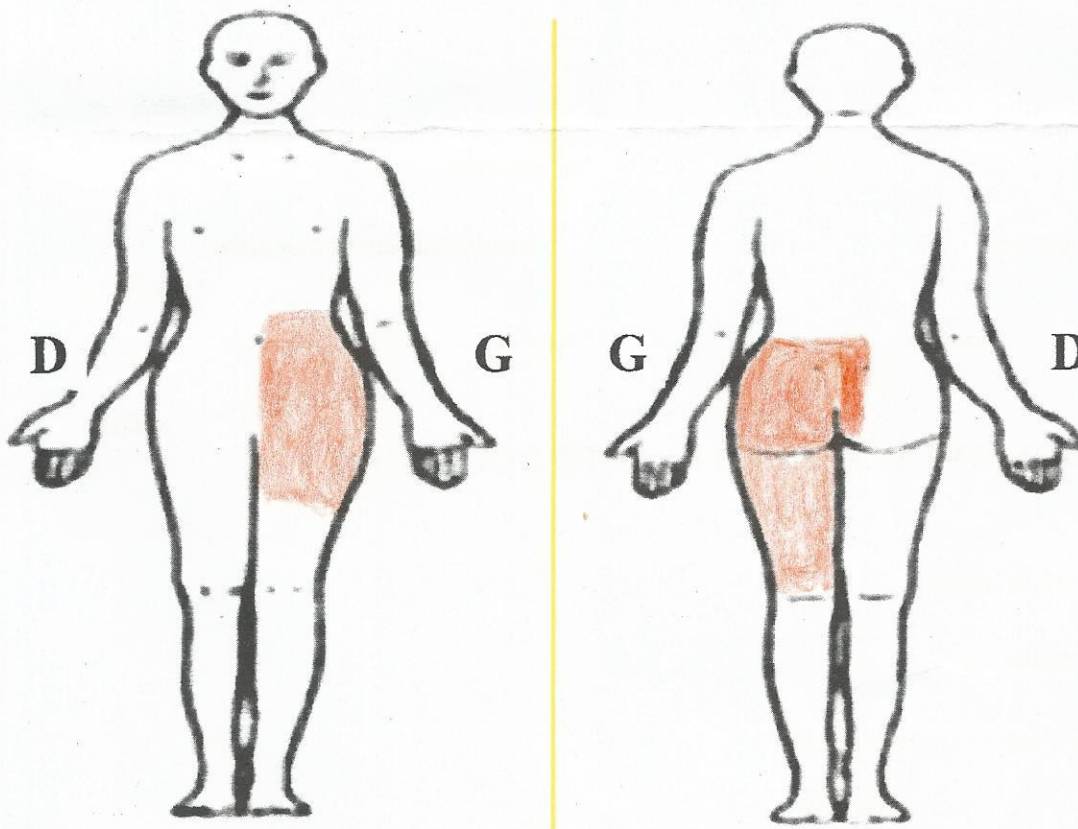
ETIQUETTE

I - ANAMNESE

Douleurs : oui non

Depuis le / /

II - TOPOGRAPHIE DES DOULEURS



Zone de douleur max ou hyperalgésic (sensat° de douleur ↗ ds le temps et espace).



Zone d'irradiation



Zone d'allodynies (douleurs lors de stimulatioⁿ normalement non nociceptive)



Zone de paresthésies (picotement)



Zone d'hyposensibilité

EN COURS DE SEJOUR :

- ✓ Amélioration douleurs sous antalgiques palier 1 en systématique
- ✓ Persistance constipation sévère (selles > 4 jours) sous association laxatifs osmotiques

AU TOTAL :

- 1) Comitialité secondaire suivie par _____ (rupture d'anévrisme 2011 et Accident Ischémique en 2011). Mise récente sous Tégretol.
A la sortie : Carbamazépinémie en zone thérapeutique mais Gamma GT augmentées à 2 N
→ poursuite surveillance biologique (prélèvement contrôle prévu le 13/08/12)
- 2) LDL cible en prévention secondaire non atteint
→ début des statines (Crestor 5 mg) avec contrôle biologique à distance
Début Anti Agrégants Plaquettaires : prévention secondaire
- 3) Lombosciatalgies chroniques sur spondylolisthésis L5-S1
→ poursuite antalgiques palier 1
→ kinésithérapie douce en cyphose lombaire
→ ceinture soutien lombaire
→ indication d'infiltration des articulations postérieures L4 L5 et S1
- 4) Constipation chronique opiniâtre. Coloscopie faite en 2010
→ majoration laxatifs et reprise règles hygiéno-diététiques
- 5) - HTA avec HVG équilibrée sous quadrithérapie (syst : 11 à 12 ; diast : 7 à 9).
→ poursuite suivi avec cardiologue traitant
- Notions palpitations
→ Holter ECG réalisé le 31/07/12 : résultats à récupérer
- 6) Hyperuricémie asymptomatique
→ début hypouricémiants (Zyloric 100 mg)

SORTIE : Transfert en Soins de Suite Médicalisés le 03/08/12

TRAITEMENT DE SORTIE :

- | | | | |
|---|---------|------------------|------------------|
| - Tegretol LP 200 | : 1.0.1 | - Cardensiel 7,5 | : 1.0.0 |
| - Coversyl 8 mg | : 1.0.0 | - Indapamide 1,5 | : 1.0.0 |
| - Rasilez 150 | : 1.0.0 | - Dafalgan 1 g | : 1.1.1 |
| - Forlax 10 g | : 0.0.2 | - Melaxose | : 2 càc le matin |
| - Normacol lavement 1 si pas selles ≥ 5 jours | | - Crestor 5 mg | : 0.0.1 |
| - Zyloric 100 mg | : 0.0.1 | - Kardégic 75 | : 0.1.0 |

- Régime peu salé (4 g NaCl /jour)

- Ceinture de soutien lombaire souple

En vous remerciant de votre confiance,
Bien Confraternellement.

Familiaux :

- HTA : mère et fratrie ; AVC : père et frère

Allergie :

Notion mal tolérance à certains anti épileptiques

Alcool :

Tabac :

Pas consommation tisanes et thé pays

EXAMEN CLINIQUE D'ENTREE :

- Poids : 69 kgs 5 kgs / 2010 IMC : 28
- TA : 14/9 Pouls régulier à 70/mn Dextro : 0,74 g/l
- Asthénie Anxiété chronique
- EVA = 3 à 4/10 Lombosciatalgies (droites) mécaniques depuis plusieurs mois
- EVS = moyenne à forte DDS = 30 cm PM conservé
- Palpitations fréquentes
- Constipation chronique (1 selle / 8 à 10 jours)
- Pas de déficit sensitif et moteur. BBK
- ROT vifs symétriques aux M.I.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

BIOLOGIE

- ♦ GAJ = 0,79 g/l
- ♦ Créat = 7,9 mg/l soit une clairance estimée entre 81 et 89 ml/mn (Cockcroft et MDRDs)
- ♦ TG = 1,61 g/l (N < 1,5 g/l)
Cholestérol tot. = 2,06 g/l LDL = 1,2 g/l pour 1 cible < 1 g/l (prévention secondaire)
- ♦ Gamma GT = 87 UI/l (N < 55) → 105 UI/l le 27/07/12 → 284 UI/l le 13/08/12
- ♦ Uricémie = 80,8 mg/l (N < 60)
- ♦ Carbamazépinémie 2 → 6 µg/ml (ZT = 4 à 10) sous TegrétoLP 200 : 2/J → 5 µg/ml le 13/08/12
- ♦ ÉPS : hypergammaglobulinémie modérée (19,3 g/l pour N < 13,6) et polyclonale

- ♦ NFS, plaquettes, VS, CRP, TP, iono, urée, bilirubine, transaminases, phosphatases alcalines, TSH, sérologie Hép B et C, VIH, folates, B12, ECBU, VDRL, CPK, NT pro BNP, TPHA, HTLV sont sans anomalie notable.

- ♦ en attente : Hémocult (pas selles)

AUTRES :

- **Rx rachis cervico-dorsolombaire** : pathologie dégénérative intersomatique étagère. Spondylolisthésis de L4 sur L5 par lyse isthmique.

- **Cs neurologue** : examen satisfaisant

- **Cs cardio** : ECG sinusal sans signe ischémie
Holter rythmique (31/07/12) : normal.

Moule, le 06 août 2012

Médecins du service de S.S.M.

Chères Consoeurs, Chers Confrères,

Nous vous remercions de nous avoir adressé votre patiente :

Madame _____ le 12/08/1959
Hospitalisée dans le service de *Médecine Générale* du 24/07/2012 au 03/08/2012

MOTIF D'HOSPITALISATION : Recrudescence de lombosciatalgies et palpitations.

ANTECEDENTS :

Médicaux :

- HTA avec HVG sévère
- AIT en février 2011 (hémiparésie G)
- Rupture d'anévrisme Nov 2011 (hémiparésie droite)
- Comitialité secondaire
- Colopathie fonctionnelle et hémorroïdes internes (avril 2010)
- Antro-bulbite érosive (gastroscopie 04/10)
- AOMI gauche asymptomatique (2010)

Chirurgicaux :

- Hystérectomie totale (fibrome)
- Cholécystectomie 2006

Rapport d'épreuve d'effort

NOM : [REDACTED]

Date naissance : [REDACTED] 53A. ans Sexe : féminin

Motif de l'épreuve : --

Médecin Demandeur :

Médecin Opérateur :

Type d'épreuve : --

Motif d'arrêt : Fatigue musculaire du patient

Protocole : BRUCE 2'

FC au repos : 74 /min

FC max : 139 /min soit 83 % de la FMT calculée à 167 /min

FC en fin de récup. : 117 /min

TA au repos : 162/108 mmHg TA max : 176/106 mmHg

TA en fin de récup. : --/-- mmHg

METS max. : 7.10 Durée de l'effort : 4:09 min

Résumé :

ECG de repos : normal Performance : limitée - bien tolérée Douleurs thoraciques : Non ECG à l'effort : normal
Modification du segment ST : aucune Arythmies : aucune arythmie TA à l'effort : correcte ECG en récupération : ne se modifie pas par rapport au repos

Conclusion :

Epreuve d'effort sous maximale arrêtée précocement pour cause de fatigue musculaire du patient
négative cliniquement et électriquement

Basse-Terre, le 05/09/2012

Madame
Née le :
A l'attention de

IRM LOMBAIRE

Indication : Bilan de lombosciatalgies.

Technique : Etude sagittale et axiale T1 et T2 FRFSE

Résultat :

Les disques inter-vertébraux lombaires en L1-L2 et L2-L3 et le disque lombo-sacré L5-S1 conservent une hauteur, des contours et un signal physiologiques.

Les disques D10-D11, L3-L4 et L4-L5 sont en hyposignal, pincés, protrusifs disco-ostéophytiques au bord antérieur du rachis, peu protrusifs dans le canal à une découverte postéro-supérieure du disque L4-L5 évoluant dans le contexte d'un lysthésis débutant secondaire d'une arthrose zygapophysaire.

Le canal lombaire est modérément rétréci en L4-L5 au bord postérieur du disque dans le contexte de ce glissement vertébral qui entraîne l'arc postérieur (image 14 dans le plan axial).

La morphologie des racines lombo-sacrées est normale.

L'examen ne révèle pas de conflit radiculaire foraminal.

Conclusion :

Discopathies dorso-lombaires et arthrose zygapophysaire L4-L5, évoluée d'un lysthésis débutant de grade 1 entraînant l'arc postérieur, réduisant modérément les dimensions du canal et la surface du sac dural.

COMPTE-RENDU RADIOLOGIQUE

Service de **RADIOLOGIE**



Radiologues :

Identification du patient :

Fait le, 01/08/2012

NOM :
Prénom :

- Rx Rachis Dorsolombaire :

- Intégrité des vertèbres,
- petit trouble de la statique frontale ;
- Spondylolisthesis de L4 sur L5 par lyse isthmique.
- Pincement du disque L4-L5.

- Rx Rachis cervical :

- Intégrité des vertèbres.
- Statique normale.
- Pathologie dégénérative intersomatique étagée.

- Rx Bassin de face :

- Aspect normal des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales.
- Pas de lésion osseuse.

- Rx Genoux :

- Aspect normal des surfaces et des interlignes articulaires.
- pas de lésion osseuse.

Syndrome duresmérien :
80° bilatérale
Sari : négatif avec une DTF à - 10 cm., mais douleurs au niveau du droit antérieur ainsi qu'au niveau lombaire

➤ Syndrome neurologique :
Absence de déficit sensitivo-moteur
ROT symétriques, +/- vifs
Absence de Babinski

➤ Syndrome local :
Trepied positif
SI indolore
Ep. L4-L5-SI sensibles ++
Absence de cellulalgie

Conclusion

Patiente de 53 ans présentant un examen clinique rachidien sub-normal, avec en particulier, un déconditionnement à l'effort.

La patiente est informée du projet thérapeutique et de sa durée prévisionnelle de séjour qui sera de 20 séances à raison de 3 séances par semaine.

La patiente accepte le projet thérapeutique.

Une demande de test d'effort cardiaque est remise à la patiente afin qu'elle puisse la transmettre à son médecin traitant, qui l'orientera vers un cardiologue.

Conduite à tenir :

Prise en charge par kinésithérapeute : oui non

Protocole RFR après test d'effort cardiaque

- ➔ Travail d'échauffement et d'endurance
- ➔ Etirement des plans sous pelviens
- ➔ Etirement des paravertébraux
- ➔ Renforcement des spinaux et des abdominaux.
- ➔ Travail de la flexibilité
- ➔ Reconditionnement progressive et global à l'effort

Prise en charge par ergothérapeute : oui non

- ➔ Flexibilité à la 3^{ème} semaine

Prise en charge par neuropsychologue : oui non

Prise en charge par orthophoniste : oui non

Histoire de la Maladie :

Lombalgies avec radiculalgies gauches, de trajet atypique ; douleurs ressenties au niveau du long de la crête du tibia depuis 1 an.

Traitement AINS + antalgiques, sans amélioration.

Août 2012, la patiente a été infiltrée 3 fois, au niveau des articulaires postérieures par le _____, avec une amélioration observée après la 3^{ème} infiltration et qui a duré 3 mois, puis récidive de la symptomatologie douloureuse.

La patiente est adressée par _____, pour éventuelle prise en charge en RFR.

Traitement Habituel

| | | |
|------------------|---|---|
| BISOPROLOL 10 | : | 1.0.0 |
| PERINDOPRIL 8 mg | : | 1.0.0 |
| INDAPAMIDE 1,5 | : | 1.0.0 |
| LOXEN 50 LP | : | 1.0.0 |
| CRESTOR 5 | : | 0.0.1 |
| ALLOPURINOL 100 | : | 1.0.0 |
| TEGRETOL LP 200 | : | 1.0.1 |
| KARDEGIC 75 | : | 0.1.0 |
| TOPALGIC 100 | : | 1.0.1 |
| PARACETAMOL 1 g | : | 1.1.1 si besoin (n'en prend qu'un par jour) |

Examen d'entrée :

Patiente cohérente, coopérante, bien orientée dans le temps et l'espace.

Troubles de l'humeur : Oui Non

Troubles cognitifs : Oui Non

Poids habituel : 68 kgs Poids actuel : 73 kgs Taille : 155 cm. IMC : 30

Douleurs cotées à /10 (EVA) moyennes

A l'examen du rachis :

➤ Syndrome rachidien :

DDS : 20 cm

Hanches libres

Angles poplités -15° des 2 cotés

Médecin adresseur :

Médecin Traitant

Patient (e) :

Mme :

Mode de vie :

← mariée, 4 enfants (33, 26, 22 et 16ans) ; aide-maitresse dans une école maternelle.
Habite une maison de plain pied.

Antécédents :

Méd. : HTA mal équilibrée selon la patiente ; AIT le 15/02/2011 (hospitalisée 21 jours en neuro. au C.H.U. de P/A/P).

La patiente a été hospitalisée en juillet 2012 aux Nouvelles Eaux-Marines, pour prise en charge d'une TA labile, suivie par

Chir. : cholécystectomie ; hystérectomie.

- ↳ Renforcement des spinaux et des abdominaux.
- ↳ Travail de la flexibilité
- ↳ Reconditionnement progressive et global à l'effort

Prise en charge par ergothérapeute : oui non

↳ Flexibilité à la 3^{ème} semaine

Prise en charge par neuropsychologue : oui non

Prise en charge par orthophoniste : oui non

EVOLUTION DANS LE SERVICE :

Evolution tout à fait favorable de la restauration fonctionnelle du rachis (RFR).

La patiente a poursuivi le programme en kiné., et en ergothérapie, sans évènement intercurrent notable. Elle a été régulière et assidue, et a progressé dans tous les exercices proposés, tant en endurance, qu'en force musculaire et en flexibilité.

Durant les 1ères semaines, nous avons insisté sur le travail de l'endurance et de l'extensibilité. A partir de la 3^{ème} semaine, nous avons insisté sur le travail de renforcement musculaire, et sur le travail de la flexibilité qui a été débuté en ergothérapie.

Mme [] très satisfaite de sa prise en charge.

Elle a progressé en endurance, sur tapis de marche, avec passage de 15 mn à 2,6 km/h, à 15 mn à 4 km/h en fin de séjour.

Sur le plan musculaire :

Le test de ITO, qui évalue les abdominaux en statique, est passé de 10 s à l'entrée, à 18.

Le test de SORENSEN, qui évalue les spinaux en statique, est passé de 8 s à 22 s, en fin de séjour.

A l'examen clinique, la DDS est passée de 22 à 10 cm.

Les hanches sont indolores.

Les angles poplités, témoins de la rétraction des IJ, sont passés à -5° des 2 côtés.

Absence de signe duremérien avec des EJT qui atteignent 85° des 2 côtés ; absence de Léris.

La distance talon fesse (DTF) est de 3 cm des 2 côtés.

Une auto-rééducation a été enseignée et expliquée à la patiente, afin qu'elle poursuive cette prise en charge à son domicile, ainsi qu'à la mer.

_____ quitte l'HDJ du centre de rééducation fonctionnelle _____ le jeudi 6 juin
2013 pour son domicile, sans complément de rééducation.

Elle pourra reprendre ses activités professionnelles immédiatement après sa sortie du centre.

La patiente aura pour sa sortie une ordonnance pour son traitement médical qui comporte :

| | | |
|------------------|---|---|
| BISOPROLOL 10 | : | 1 cp le matin |
| PERINDOPRIL 8 mg | : | 1 cp le matin |
| INDAPAMIDE 1,5 | : | 1 cp le matin |
| LOXEN 50 LP | : | 1 cp le matin |
| CRESTOR 5 | : | 1 cp le soir |
| ALLOPURINOL 100 | : | 1 cp le matin |
| TEGRETOL LP 200 | : | 1 cp matin et soir |
| KARDEGIC 75 | : | 1 sachet le midi |
| PARACETAMOL 1 g | : | 1 cp 1 à 2 x/jour au besoin (QSP 1 boîte) |