

Lombalgies et travail : Pour une stratégie consensuelle

Paris, 18 janvier 2002

Cette journée, organisée conjointement par la Société française de médecine du travail et la Société française de rhumatologie, a réuni différents spécialistes qui ont tenté de définir et de faire mieux comprendre l'épidémiologie, la physiopathologie ainsi que la prise en charge de cette pathologie. Le système de reconnaissance en maladie professionnelle a également été développé.

La lombalgie en chiffres

DÉFINITION

P. Bourgeois, chef de service de rhumatologie. Hôpital Pitié-Salpêtrière.

Plusieurs définitions des lombalgies peuvent être utilisées. La définition de Duquesnoy et coll. (1993) a été adoptée par la Société française de rhumatologie et en particulier par sa section Rachis : « *douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilités d'irradiations ne dépassant pas le genou mais avec prédominance des douleurs lombo-sacrées, durant au moins 3 mois, quasi quotidienne, sans tendance à l'amélioration* ». Des lombalgies communes et secondaires sont décrites. Les lombalgies communes sont toutes celles qui ne sont pas secondaires à une cause organique reconnue. En terme de durée, on peut distinguer, les lombalgies aiguës de durée inférieure à un mois, les lombalgies subaiguës d'une durée supérieure à un mois et inférieure à trois mois et enfin les lombalgies chroniques dont la durée excède trois mois.

La gravité de la lombalgie est cotée suivant une échelle allant de 1 à 4 (Paris Task Force, 1998). Les lombalgies cotées 4 correspondent à des lombosciatalgies : lombalgie avec irradiations au membre inférieur selon un dermatome précis et complet et/ou présence de signe(s) neurologique(s). Ce sont celles qui font l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle au regard des tableaux 97, 98 du régime général et 57, 57bis du régime agricole.

ÉPIDÉMIOLOGIE : FRÉQUENCE ET FACTEURS DE RISQUE

A. Leclerc, INSERM U88, Hôpital national de Saint Maurice.

La fréquence

La fréquence des lombalgies a été étudiée par des enquêtes de prévalence concernant l'événement douleur lombaire pendant les douze derniers mois précédant l'enquête. La durée des lombalgies était difficile à préciser alors que celle de l'arrêt de travail permettait de recueillir des données plus précises. Une enquête réalisée par des médecins du travail auprès de 7 129 salariés de la région parisienne sur les 12 mois précédents (Alcouffe, 1999) a mis en évidence que 54 % d'entre eux avaient souffert au moins 1 jour de lombalgie, 30 % au moins 8 jours et 19 % indiquaient une irradiation à la jambe. Enfin, 18 % de cette population a consulté un médecin pour lombalgies, 4 % a eu un arrêt pour lombalgie et 1 % a eu un arrêt de plus d'un mois pour ce motif. D'autres études retrouvent des résultats sensiblement similaires que ce soit en France ou dans d'autres pays. Des fréquences élevées sont retrouvées dans certains secteurs professionnels : pour les hommes, le bâtiment et le secteur du transport, pour les femmes, le secteur de soins, le personnel de nettoyage et de service (INSERM, 2000).

Les facteurs de risque

Il n'y a pas de différence de prévalence entre les sexes. En revanche, la gravité des lombalgies semble

E. DURAND
ET M.C. BAYEUX-DUNGLAS.

Département Etudes et
assistance médicales,
INRS, centre de Paris.



Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 90
2^e trimestre 2002

augmenter avec l'âge sans association à une augmentation de fréquence (INSERM, 2000).

Une récente revue de la littérature (Hoogendoorn, 1999) a mis en évidence, après analyse d'études exclusivement longitudinales, une relation forte entre certaines postures au travail et l'incidence de la survenue d'une lombalgie : manutention manuelle de charges, mouvement en avant ou en arrière et torsion du tronc, vibrations transmises au corps entier. Certains facteurs psychosociaux tels que le soutien social au travail peuvent également jouer un rôle (positif pour celui-ci).

De nombreux facteurs peuvent intervenir dans le cadre des lombalgies chroniques. Un environnement professionnel favorable peut être un facteur important de maintien ou de retour au travail. La prise en charge médicale et administrative ainsi que la législation semblent jouer un rôle non négligeable. Ceci ressort particulièrement dans des études comparatives sur le devenir des lombalgies chroniques dans divers pays (Cuelenaere, 2001).

APPROCHE DU COÛT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DES LOMBALGIES

A. Bergeret, Université Claude Bernard-Lyon 1. Hôpital Lyon Sud et J.P. Meyer, INRS, Centre de Lorraine

Des études économiques pratiquées dans divers pays industrialisés ont mis en évidence l'importance du coût des lombalgies et le poids relatif des coûts directs (diagnostic, soins) et indirects (indemnités, remplacements). Les démarches diagnostiques et de soins ne représentent qu'un quart du total des dépenses en rapport avec les lombalgies au travail.

L'analyse des causes et des durées des arrêts de travail est plus aisée et ce fut l'objet de cette présentation. Bien que ces données ne concernent que le régime général, elles semblent être un bon reflet de l'évolution en matière de lombalgies au travail.

Le nombre d'arrêts de travail relatifs à des lumbagos est relativement stable depuis 20 ans. Le nombre de jours d'arrêt pour lumbago progresse légèrement ainsi que la proportion d'arrêts secondaire à un lumbago rapporté au nombre total d'arrêts. Les auteurs ont choisi l'exemple suivant pour illustrer leur propos : le nombre de journées d'arrêt de travail représente une ville de 60 000 habitants dans laquelle tous les salariés seraient arrêtés pendant un an.

L'analyse de la reconnaissance en pathologie professionnelle des sciatiques et des cruralgies (tableaux 97 et 98 du régime général et 57 et 57bis du régime agricole) reste difficile à exploiter en raison du peu de recul. Les premiers chiffres montrent cependant qu'il s'agit d'une des pathologies professionnelles parmi celles les plus fréquemment reconnues. Le nombre de journées de

travail perdues pour ces deux tableaux est de 82 000 soit 70 fois moins que les journées perdues dans le cadre des accidents du travail avec lumbago reconnu.

La nouvelle prise en charge de la lombalgie aiguë

FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS DE LA LOMBALGIE AIGUË

P. Mairiaux, Département de santé publique, Liège, Belgique

Les contraintes biomécaniques

Deux circonstances de survenue de la lombalgie au travail ont été étudiées. Celles dues à une cause accidentelle et celles survenant de manière progressive dont la cause est l'accumulation de contraintes posturales.

Les lombalgies de survenue accidentelle représentent 25 % des lombalgies reconnues comme accident du travail. Elles sont dues à un événement qui ne pouvait pas être prévu tel une glissade, une chute ou un faux mouvement.

Les lombalgies de survenue progressive sont en rapport avec l'effet cumulatif de facteurs posturaux tels que la manutention manuelle de charge, l'anteflexion du tronc associée à une torsion ou des vibrations corps entier lors de la conduite de véhicules. Certains des mécanismes pathogéniques à l'origine de cette pathologie ont été étudiés par Solomonow.

Les facteurs biomécaniques décrits plus haut ont fait l'objet de plusieurs études épidémiologiques longitudinales. Les plaintes lombaires sont significativement associées aux contraintes posturales du tronc ainsi qu'à la manutention répétée de charges de 25 kg ou plus (risque relatif de 1,3 à 1,8). Ces contraintes sont corrélées de manière encore plus significative avec l'absence au travail pour lombalgies (risque relatif de 2 à 3,5). La liaison entre lombalgie et conduite de véhicules est clairement établie. En revanche, le lien entre lombalgie et maintien d'une posture sédentaire n'est pas confirmé.

Les facteurs psychosociaux

Quatre variables ont été étudiées (INSERM, 2000) : la demande psychologique, l'autonomie décisionnelle du salarié, le soutien social et la reconnais-

sance. La satisfaction au travail fait également l'objet d'études. Le rôle des facteurs psychosociaux a été expliqué par une augmentation de la tension musculaire, l'aggravation de certaines contraintes physiques au travail et la vulnérabilité tissulaire associée au stress chronique. Une donnée certaine est que les lombalgies sont associées à un faible soutien social au travail ainsi qu'à une faible autonomie décisionnelle.

LES FACTEURS DE RISQUE PERSONNELS

S. Rosenberg, Service de rhumatologie, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris

De nombreux facteurs de risque favorisant les lombalgies sont décrits, en particulier ceux du milieu professionnel. Dans cette communication S. Rosenberg a décrit les facteurs de risque personnels.

Le spondylolisthésis, la scoliose de l'enfant ou de l'adolescent ne semblent pas constituer un facteur de risque. Il n'est pas démontré de façon formelle qu'il existe une relation entre maladie de Scheuermann et lombalgies. Un indice de masse corporelle supérieur à 29 kg/m² représente pour certains un risque de développer une lombalgie. La relation entre sport et lombalgie est sujette à controverses. Il semble ainsi que l'activité sportive de loisir régulière protège de la lombalgie alors que la compétition la favorise. Les antécédents familiaux constituent également un facteur de risque. Le tabac semble favoriser les lombalgies en raison de plusieurs facteurs. Cette affirmation a été discutée lors de questions dans la salle. Les facteurs incriminés pour expliquer cette relation sont : troubles de la circulation sanguine à la périphérie du disque, augmentation de la pression intra-discoale lors des efforts de toux, sédentarité et facteurs psychologiques associés. Chez l'enfant et l'adolescent les facteurs de risque identifiés sont : l'âge, le sexe féminin, les antécédents familiaux, les troubles posturaux, le tabagisme et le temps passé à regarder la télévision. Enfin, les facteurs psychologiques semblent jouer un rôle plus important dans le pronostic de la lombalgie que dans son déclenchement.

ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE D'UN PATIENT AYANT UNE LOMBALGIE AIGUË

M. Marty, Service de rhumatologie, CHU Henri Mondor, Créteil

L'objectif principal de cette communication fût de démontrer l'importance de l'identification précoce des patients qui ne guériront pas rapidement. Dans le

milieu professionnel, 10 % des lombalgies aiguës sont concernées.

Lors de la première consultation il est nécessaire :

- de confirmer l'origine rachidienne de la lombalgie ;
- de rechercher des signes cliniques évocateurs d'une lombalgie symptomatique (spondylodiscite...) nécessitant un traitement spécifique ;
- de rechercher des signes de compression neurologique (syndrome de la queue de cheval...) ;
- d'évaluer les conséquences de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne et professionnelle, les contraintes physiques liées au travail et le contexte psycho-social du patient ;
- d'entreprendre une prise en charge adaptée au pronostic avant la 4^e semaine d'évolution.

L'interrogatoire doit donc être axé sur la recherche de signes qui vont être des obstacles à la reprise du travail. Seuls les signes en faveur d'une lombalgie symptomatique doivent faire pratiquer des examens complémentaires à la suite de la première consultation. 90 % des patients seront guéris à 1 mois.

La formation de tous les praticiens à des recommandations fondées sur des évidences scientifiques est essentielle pour augmenter l'efficacité de la prise en charge des lombalgies aiguës.

LE REPOS AU LIT ET LES MÉDICAMENTS POUR TRAITER LA LOMBALGIE AIGUË

E. Legrand, Service de rhumatologie, CHU Hôtel Dieu, Angers

Plusieurs essais thérapeutiques récents ont pu mettre en évidence que le repos au lit n'est pas aussi bénéfique que ce qui était estimé classiquement. Quatre études ont été présentées : Evans et coll., Deyo et coll., Malmivaara et coll., Indahl et coll. Dans ces études, les auteurs comparent des séries dans lesquelles sont évaluées à la phase aiguë l'évolution de la lombalgie selon la durée du repos ou la prescription d'exercices physiques. Les résultats montrent que la prescription d'un repos au lit obligatoire n'est pas utile et que la reprise rapide des activités de la vie quotidienne favoriserait la guérison et le retour au travail. La reprise rapide des activités de la vie quotidienne s'avère donc bénéfique mais elle doit être associée à un certain nombre de mesures telles que :

- effectuer un diagnostic initial de qualité ;
- ne pas prescrire d'imagerie inutile (tomodensitométrie, TDM, dans la lombalgie commune) ;
- assurer une information précise et rassurante du patient ;
- utiliser de façon optimale les antalgiques.

Comment éviter le passage à la chronicité

FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE À LA CHRONICITÉ

J.P. Valat, Service de rhumatologie, CHU Trousseau, Tours

Le passage à la chronicité des lombalgies est lié à un certain nombre de facteurs régulièrement impliqués : professionnels (inadaptation physique, insatisfaction), socio-économiques (bas niveau d'éducation et de ressources), médico-légaux (accident du travail, litige) et psychologiques (terrain dépressif, sensation d'être toujours malade). L'importance de la prise en charge initiale doit être encore rappelée. Des études ont montré que la reprise précoce du travail n'avait pas d'effet délétère et que la prescription de repos favorisait le passage à la chronicité. Ces modifications dans les pratiques reposent avant tout sur la formation des praticiens.

LA PLACE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

F. Conso, Service de pathologie professionnelle, Hôpital Cochin, Paris

La mission légale du médecin du travail est de prévenir toute dégradation de l'état de santé des salariés secondaire au travail. Il dispose de deux outils principaux : son accès au milieu de travail et la décision d'aptitude individuelle de chaque salarié à son poste. Il a donc un rôle clé à jouer à la fois dans la prévention primaire des lombalgies au travail et dans le maintien du lombalgique au travail. Sur le plan collectif, le médecin du travail est un interlocuteur privilégié vis-à-vis des chefs d'entreprises à qui il rappellera les aspects réglementaires et normatifs concernant la prévention des lombalgies (en particulier manutention manuelle et vibrations corps entier). Sur le plan individuel, il participe à l'information du salarié sur les risques liés au travail et les lombalgies.

Trois conditions sont nécessaires à l'efficacité de l'action du médecin du travail :

- son information la plus précoce possible du problème de santé du salarié ;
- la cohérence de son intervention avec celle des autres professionnels de santé assurant la prise en charge thérapeutique ou sociale du lombalgique ;
- l'approche multidisciplinaire de l'action en milieu de travail lorsqu'elle s'avère nécessaire pour un aménagement de poste.

Le signalement précoce d'épisodes répétés de lom-

balgies permet au médecin du travail de mettre en place la stratégie d'action la plus adaptée. Dans la majorité des cas le motif de l'arrêt de travail est inconnu du médecin du travail. La législation a prévu la possibilité d'une visite de pré-reprise qui permet d'évaluer la situation médicale. La qualité de cette visite sera améliorée si un contact est autorisé par le salarié entre le médecin du travail et son médecin traitant. Si une modification du poste de travail est la condition du maintien dans l'emploi, le médecin du travail peut mobiliser les ressources des équipes de santé au travail. Les professionnels de l'ergonomie seront particulièrement sollicités pour la composante classique d'aménagement de poste et la prise en compte de l'ensemble des déterminants de l'organisation du travail.

LA PRÉVENTION D'INCAPACITÉ AU TRAVAIL, UN NOUVEAU PARADIGME

P. Loisel, université de Sherbrooke, Montréal, Québec, Canada.

Lorsqu'un salarié est arrêté plus d'un mois en raison de douleurs lombaires, les professionnels de soins devraient orienter leurs objectifs d'intervention vers la rééducation de la personne qui risque de perdre son rôle social de travailleur, au lieu de viser la guérison d'une maladie. En effet, son « mal de dos » n'est plus une maladie mais une incapacité.

Récemment, des études ont mis en évidence que les traitements isolés sont inefficaces alors que les interventions destinées à remédier aux causes de l'incapacité au travail, pour les personnes et leur travail, peuvent être efficaces. Cependant, il est encore difficile de cibler un programme en particulier puisque ces travaux ont utilisé plusieurs interventions de façon combinée. Toutefois des éléments communs peuvent être identifiés : la modification des méthodes de travail, le retour progressif au travail régulier, l'adaptation du milieu de travail et certaines méthodes de réadaptation telles que l'activité, la réassurance, l'éducation, la gestion du stress, l'approche comportementale et la collaboration accrue avec des partenaires ayant en commun comme objectif principal le retour au travail en bonne santé.

Le défi est donc de développer un programme de réadaptation au travail initié au bon moment, adapté au contexte régional et offrant des interventions personnalisées basées sur les données probantes actuelles. C'est dans cette perspective que le programme PREVICAP a été développé et est appliqué maintenant par le réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ).

La prise en charge globale de la lombalgie chronique

LE CONCEPT DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU LOMBALGIQUE CHRONIQUE

S. Poiraudau, Service de rééducation et de réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, Hôpital Cochin, Paris

La création des écoles du dos remonte aux années 1960. Leur principe repose sur la prise en charge par une équipe multidisciplinaire restreinte d'un groupe de 5 à 10 patients pendant quelques séances de quelques heures. Cette équipe associe en général un médecin, un ergothérapeute, un kinésithérapeute et un psychologue. Les séances comprennent deux parties : une partie théorique et une partie pratique. Sous cette forme, les écoles du dos n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Un syndrome de déconditionnement serait à l'origine du handicap. Décrit dans les années 1980, il associe une diminution de la mobilité rachidienne et sous pelvienne, une diminution des performances para-rachidiennes et une augmentation des scores d'anxiété et de dépression. La description de ce syndrome a permis de proposer une alternative thérapeutique : la restauration fonctionnelle qui est une thérapie rééducative intensive. Son but est de permettre la reprise d'une activité professionnelle pour les patients en arrêt pour lombalgies mais il s'agit de programmes lourds et coûteux (30 à 50 heures d'exercice par semaine pendant 6 semaines). En effet, l'équipe est plus étoffée que pour les écoles du dos. Des études ont montré l'impact positif de cette prise en charge sur le pronostic fonctionnel de ces patients. Certaines équipes proposent des prises en charge plus légères (2 à 3 heures, 2 à 3 fois par semaine sur 8 à 12 semaines) qui pourraient être intéressantes dans la prise en charge des lombalgies subaigus (6 semaines à 3 mois d'évolution). L'évaluation de ces programmes est en cours.

BILAN DES PROGRAMMES DE RÉHABILITATION

M. Nordin, Occupational and industrial orthopaedic centre, Hospital for joint diseases Institute, Mount Sinai NYU Health, New York, USA

Lombalgie professionnelle et travail

En raison de l'évolution du monde du travail en général et des entreprises en particulier, l'environne-

ment professionnel est en mutation constante. La première question posée par M. Nordin fût de savoir s'il était possible de prévenir l'invalidité à long terme des patients présentant une lombalgie commune. Cette question entraîne d'autres :

- Le travail et les pathologies rachidiennes sont-ils reliés ?

- Quels sont les facteurs associés au handicap au travail et à la pathologie du rachis ?

- Est-il prouvé que le monde médical puisse prévenir l'invalidité à long terme ?

Le travail peut être à l'origine de douleurs rachidiennes. Les thérapeutes du XXI^e siècle doivent prendre conscience qu'encourager l'invalidité ou la mise en invalidité n'est pas la bonne solution. En effet, il est erroné de croire que les personnes bénéficiant d'allocations d'invalidité vivent heureux : ces derniers ont plus de difficultés sociales et la mortalité de ce groupe est plus élevée.

Travail et lombalgies sont associés suivant divers degrés selon plusieurs critères :

- métiers où la sollicitation mécanique du rachis est importante (industrie minière, agriculture, bâtiment, transports, hôpitaux et soins à domicile) ;

- soutien social et satisfaction ;

- environnement dans l'entreprise (diminution des effectifs, chômage et système de sécurité sociale).

Que faire pour qu'une personne souffrant de lombalgies retourne au travail ?

Les études de la Paris Task Force ont clairement mis en évidence que l'exercice est une composante importante et significative du traitement des personnes présentant une lombalgie commune durant plus de quatre semaines.

Les facteurs qui risquent de retarder le retour au travail sont identifiés :

- délivrer un arrêt de travail prolongé ;

- surmédicaliser le patient ne présentant pas de signes cliniques et radiologiques objectifs ;

- prescrire de nombreux médicaments pour une durée prolongée et de nombreuses séances de kinésithérapie ;

- ne pas prendre contact avec le lieu de travail.

Pour une guérison plus rapide, on doit absolument encourager l'activité, le traitement actif, éduquer les collaborateurs et communiquer avec le milieu du travail. Il est par ailleurs notable que l'incertitude du patient et son angoisse peuvent aboutir assez rapidement à un repli sur soi, une perte d'identité, un syndrome dépressif et enfin son installation dans le rôle de malade. Ces signes doivent être détectés précocement par des outils validés et fiables. Il est nécessaire d'insister encore une fois sur l'importance de la communica-

tion avec le médecin du travail de façon à trouver une solution acceptable autant pour le patient que pour l'entreprise. De meilleurs résultats sont obtenus par la démarche suivante : identification des patients ayant une lombalgie commune persistant après 4 à 6 semaines d'arrêt, discussion précoce avec le lieu de travail, visite au poste de travail permettant d'identifier les obstacles à la reprise. L'objectif de cette démarche est avant tout de faire revenir le patient au poste de travail, d'améliorer ses conditions de travail et son bien-être.

UNE EXPÉRIENCE FRANÇAISE

Y. Roquelaure, S. Moisan*, P. Page*, D. Penneau-Fonbonne*, N. Jousset**, S. Fanello**, C. Billabert*, L. Bontoux*, D. Colin*, V. Dubus*, J. Richard*, L. Brami*, A. Jouan*.*

**Consultation de pathologie professionnelle. CHU, Angers*

***Département de santé publique. CHU, Angers*

Les équipes du CHU d'Angers ont présenté deux programmes multidisciplinaires mis en place pour lutter contre l'exclusion des personnes handicapées par une lombalgie chronique invalidante et menacées d'inaptitude à leur poste de travail ; le programme ACTH (Amélioration des conditions de travail des travailleurs handicapés) et le programme Lombaction 2001-2003.

Le programme ACTH

Ce programme s'est déroulé de 1998 à 2000 en plusieurs phases.

- Identification du salarié lombalgique par le médecin du travail, son médecin généraliste ou spécialiste, ou le médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) après 105 jours d'arrêt de travail consécutifs.

- Le patient est ensuite adressé à la consultation de pathologie professionnelle où il est inclus dans l'étude avec évaluation par le spécialiste en pathologie professionnelle, le médecin de rééducation, le médecin psychanalyste, l'ergonome de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et le médecin généraliste. Une synthèse est faite qui est adressée à tous les partenaires en particulier à la CPAM pour entente préalable aux soins.

- Le reconditionnement à l'effort effectué dans le centre de rééducation d'Angers ou du Mans (durée de 5 semaines suivant le protocole de Cochin, prise en charge par une équipe multidisciplinaire). L'évaluation du patient est faite à 6 mois, 1 an et 2 ans. Les évaluations portent sur les paramètres de flexibilité, de résis-

tance, d'endurance, d'adaptation cardio-vasculaire à l'effort, de port de charge, sur la qualité de vie et l'anxiété ou la dépression. L'intervention de l'ergonome auprès de l'entreprise permet d'élaborer des pistes de solutions mises en débat par les partenaires sociaux.

- Les résultats sont comparable à ceux de l'équipe de l'hôpital Cochin et montrent un impact favorable de l'inclusion dans la session surtout si une intervention ergonomique y est associée. Parmi les salariés en arrêt de travail avant la session, 75 % sont maintenus dans l'emploi à 1 an. La durée cumulée des arrêts de travail est diminuée de 75 % après l'inclusion dans ce programme.

Le programme Lombaction 2001-2003

Il procède du même principe de prise en charge globale et multidisciplinaire des lombalgies chroniques, mais avec une plus forte implication dans la démarche des médecins généralistes, des rhumatologues et des kinésithérapeutes libéraux grâce à une convention permettant une rémunération forfaitaire par patient. Ce programme vise à comparer la prise en charge en centre de rééducation fonctionnelle et en kinésithérapie ambulatoire, sur la même durée (5 semaines), avec ou sans intervention ergonomique dans les deux cas. La randomisation est réalisée à l'issue de la consultation de pathologie professionnelle. Les critères d'évaluation sont les mêmes que pour le programme ACTH.

QUELLE LOMBALGIE CHRONIQUE OPÉRER ?

P. Rosset, Département des affections de l'appareil locomoteur, service d'orthopédie, CHU, Tours

L'association entre lombalgie chronique et images de lésions dégénératives du rachis lombaire est fréquente sans qu'il existe de parallélisme entre clinique et imagerie. L'indication chirurgicale dans ce cadre doit donc être posée avec une extrême prudence.

Dans certains cas, la chirurgie est indiquée de façon claire :

- gestes de décompression des structures nerveuses (racines, fourreau dural) ;
- gestes de stabilisation (arthrodèses, prothèse discale, ligamento-plastie).

L'arthrodèse est actuellement le seul traitement pour lequel il existe des données objectivables. Cependant l'analyse en est difficile du fait d'un défaut de définitions des pathologies étudiées. Dans tous les cas de lombalgies chroniques et en dehors des urgences citées ci-dessus, l'indication chirurgicale doit être discutée après que le problème social ait été réglé.

Réparation

LA PRISE EN CHARGE EN MALADIE PROFESSIONNELLE

G. Prost, université Claude Bernard, Lyon 1, faculté Laennec, Lyon

En France, la réparation des maladies professionnelles repose sur la présomption d'origine. Une affection est considérée comme une maladie professionnelle si elle satisfait à des conditions décrites dans des tableaux. Récemment, deux tableaux pour le régime général (n° 97 et n° 98) et deux pour le régime agricole (n° 57 et n° 57bis) ont été créés. Ces tableaux concernent « les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier » (n° 97 et n° 57) et « les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes » (n° 98 et n° 57bis). L'auteur a mis en avant que ces tableaux sont, malgré leur jeune âge, déjà très critiqués à la fois pour leur rédaction et l'utilisation qui peut en être faite.

LE POINT DE VUE DU RHUMATOLOGUE

T. Bazin, Cabinet de rhumatologie et vertébrothérapie, Lyon

Cette communication fût l'occasion de présenter les difficultés ressenties par le rhumatologue dans sa pratique quotidienne.

Les tableaux 97 et 98 donnent une liste de travaux mais n'évoquent pas l'intensité de l'exposition à certains facteurs de risque ni l'exposition à certaines contraintes mécaniques. La possibilité de passage d'une activité à l'autre ou d'associations n'est pas indiquée. Ces tableaux n'évoquent pas la notion de lombalgie chronique mais celle plus large d'affection rachidienne lombaire avec le terme de sciatique qui reste imprécis. En effet tous les intermédiaires peuvent être retrouvés sur le plan anatomo clinique. La complexité de ces situations cliniques et « juridiques » mériterait que soit mise en place une multidisciplinarité pour la prise en charge de ces patients.

LE POINT DE VUE DU RADIOLOGUE : IMAGERIE DE LA RADICULALGIE

E. Dion, Service de radiologie du PR Grenier, CHU Pitié Salpêtrière, Paris

Le diagnostic radiologique d'une lomboradiculal-

gie pose surtout le problème de la cohérence radio-clinique. La rigueur dans la description des images est la première étape vers l'identification étiologique.

De nombreux termes sont utilisés dans les comptes rendus radiologiques pour exprimer les anomalies discales découvertes tant au scanner qu'en imagerie par résonance magnétique (IRM) : discopathie dégénérative, hernie discale, hernie sous-ligamentaire, hernie extra-ligamentaire, hernie exclue.

Le territoire radiculaire définit la racine comprimée suivant le siège intra-canalair foraminaire ou extra-foraminaire de l'anomalie discale. En fonction de ces anomalies, la racine peut être à son émergence, dans le segment distal, dans le segment pédiculaire ou dans le segment foraminaire. Les variations d'émergence sont de l'ordre de 1 à 3 % des cas. Il s'agit souvent d'une émergence commune L5 et S1.

Le scanner étudie les 4 derniers étages lombaires et doit tenir compte des anomalies éventuelles de transition. Cet examen recherchera donc une saillie de matériel discal effaçant la graisse épидurale. L'IRM permet d'apprécier l'état du disque sur le plan morphologique, le signal du fragment hernié (dégénérescence discale), permettant une bonne approche du diagnostic de hernie exclue. L'IRM présente surtout l'avantage de pouvoir détecter les anomalies osseuses, aussi bien morphologique, que de signal, et d'être d'un apport majeur au diagnostic différentiel.

La scaccoradiculographie est un examen de deuxième intention presque toujours couplé à un scanner. Elle présente l'intérêt d'étudier la moelle dorsale, le cône terminal et la composante dynamique des anomalies en position couchée et debout.

Le diagnostic différentiel radiologique permet d'éliminer coxopathie, sacro-iléite, claudication artérielle, compression tronculaire (tumeur, hématome), lésion fémorale, kyste articulaire postérieur, spondylolisthésis, mégafourreau dural, canal lombaire rétréci, neurinome, épидurite métastatique ou lymphomateuse... qui peuvent simuler une lomboradiculalgie.

Maladies professionnelles - système de reconnaissance complémentaire

O. Regnier, médecin conseil à la Direction du service médical, CNAMTS, Paris

L'objectif de cette communication fût de présenter le rôle du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). L'auteur a rappelé les grands principes relatifs à la reconnaissance en maladie professionnelle : présomption d'origine, condition de délai atténuée par l'alinéa 3, reconnaissance en maladie

INRS

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 90
2^e trimestre 2002

(1) NDLR : ce taux a été abaissé à 25 % par le décret n° 2002-543 du 18 avril 2002

professionnelle même hors tableau si il est établi une relation entre travail et maladie ayant entraîné le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 66 % ⁽¹⁾.

Le CRRMP est composé du médecin-conseil régional du régime général, du médecin inspecteur du travail et d'un professeur d'université praticien hospitalier ou d'un praticien hospitalier spécialiste des pathologies professionnelles. Le CRRMP compétent est celui de la résidence de la victime et il entend obligatoirement l'ingénieur conseil en chef du service Prévention de la CRAM, éventuellement la victime et l'employeur. Le rapporteur du dossier est un médecin conseil. Ce dossier est constitué d'une demande motivée par la victime ou ses ayants droit, d'un avis motivé du médecin du travail, du rapport circonstancié du ou des employeurs, d'un rapport d'enquête conduit par les caisses compétentes et d'un avis du médecin-conseil. La saisine du CRRMP ne modifie pas les délais imposés aux CPAM en terme de reconnaissance des Maladies Professionnelles.

L'existence du CRRMP permet un certain assouplissement dans le système de reconnaissance des maladies professionnelles régi par des tableaux.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Les maladies professionnelles - Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale guide des maladies professionnelles. Paris, INRS, 2000, ED 835, 340 p. (s'adresser auprès des services Prévention des CRAM)
- Les tableaux des maladies professionnelles et les commentaires qui s'y rapportent sont disponibles sur le site Web de l'INRS : www.inrs.fr/mp/
- Décret n° 99-95 du 15 février 1999 et commentaires (référence INRS **TK 11**), *Documents pour le Médecin du Travail*, n° 77, pp. 57-62.
- Lombalgie, une maladie professionnelle, *Travail et Sécurité*, 1999, n° **591**, pp 18-45.