

PRISE EN CHARGE RÉÉDUCATIVE APRÈS HERNIE DISCALE OPÉRÉE

Delphine LAMBERT¹
Anne-Sophie PRAT-AKRICH¹
Gilles FICHEUX²

MOTS CLÉS

Hernie discale - Rééducation

KEYWORDS

Nucleus pulposus herniation - Re-education

• • • • •

¹ Kinésithérapeute

² Kinésithérapeute cadre de Santé

CRRF La Châtaigneraie-Menucourt (95)

LA hernie discale constitue une des nombreuses causes de lombalgie. La plupart des patients souffrant de lombalgie d'origine discale bénéficient d'un traitement médical associé ou non à une prise en charge masso-kinésithérapique et voient une amélioration de leurs signes cliniques. Seulement 1 à 2 % ont recours à la chirurgie [1].

Les deux principales raisons qui amènent un patient à se faire opérer sont la présence d'une atteinte neurologique par compression d'une ou plusieurs racines et/ou la douleur intense, invalidante, persistante et rebelle aux différents traitements médicaux et paramédicaux [2].

La difficulté de prise en charge rééducative de la hernie discale opérée réside dans la diversité des interventions pratiquées. Les principales interventions sont la discectomie, la chimionucléolyse, la nucléotomie et la prothèse discale [2, 3, 4].

Lorsqu'il existe une instabilité vertébrale, ces interventions peuvent être associées à une arthrodèse. Les consignes postopératoires dépendent à la fois du type d'intervention et des habitudes du chirurgien.

Plusieurs types de prise en charge rééducative sont décrits dans la littérature. Toutefois, il a été démontré qu'une prise en charge précoce et intensive a de meilleurs effets à court terme [5, 6].

À partir de l'ensemble de ces informations, deux grands types de "protocoles" se distinguent : soit le patient n'est pas immobilisé en postopératoire et la rééducation est commencée précocement, soit il existe un temps d'immobilisation dans un corset pendant 45 à 90 J

suivi d'une phase de sevrage, puis d'une phase de restauration fonctionnelle du rachis.

Lorsque la prise en charge s'effectue en cabinet libéral, il peut être intéressant de mettre en place un réseau thérapeutique autour du patient afin d'optimiser sa récupération [7].

Dans le cadre de la hernie discale opérée le rééducateur a son rôle à jouer [8]. À chacune de ces phases, il établit à partir des différents bilans un diagnostic masso-kinésithérapique (DMK) spécifique à chaque patient et chaque intervention. Ce DMK est quotidien et évolutif dans le temps en fonction des différentes phases. Il permet de hiérarchiser les objectifs, d'orienter la rééducation du patient opéré vers une ou plusieurs dominantes et d'ajuster le traitement masso-kinésithérapique mis en place [9].

PHASE RÉÉDUCATIVE SANS IMMOBILISATION ET REPRISE D'ACTIVITÉ PRÉCOCE [6, 10, 11]

Il n'y a pas de consignes de repos strict donné par le chirurgien. Les activités de la vie quotidienne sont reprises précocement et progressivement en fonction de la douleur et de la cicatrisation tissulaire. Le patient se retrouve rapidement dans la phase de restauration fonctionnelle du rachis.

L'intérêt de cette prise en charge précoce est d'éviter les complications liées à l'immobilisation (perte de force musculaire, amyotrophie, raideur, cinésiophobie, déconditionnement) et d'amener le patient à reprendre dès que possible une activité socio-professionnelle.

41^e Journées de l'



PHASE D'IMMOBILISATION, DITE "NON PLIABLE", DE J0 À J45-J90

L'immobilisation permet de réduire les phénomènes inflammatoires et les douleurs par mise au repos de la région lombo-pelvienne. Il existe cependant plusieurs inconvénients à cette phase : risque de déconditionnement, date de reprise des activités socio-professionnelles retardée.

Il est important pour le masseur-kinésithérapeute de savoir évaluer et comprendre les phénomènes douloureux (qu'ils soient mécaniques, inflammatoires, ou neurologiques) pour que le patient ne laisse pas place dès le début à la cinésiophobie. Il évalue également la mobilité articulaire périphérique et la mobilité tissulaire de la région lombo-pelvienne. Sur le plan musculaire, il va rechercher très tôt la capacité de gainage et la prise de conscience de la contraction musculaire [12]. La force musculaire des membres inférieurs doit être suffisante pour effectuer les différentes tâches de la vie quotidienne.

À cette période, il n'est pas sans savoir que l'éducation thérapeutique doit être réalisée avec précision pour permettre la cicatrisation tissulaire et ne pas contraindre le rachis opéré. Ceci est d'autant plus important lorsque la prise en charge s'effectue en cabinet libéral et que le patient n'est plus guidé en dehors de ses séances de rééducation.

En fonction des capacités du patient, une activité physique à partir des membres inférieurs est débutée afin de limiter les déconditionnements articulaire, musculaire et cardio-respiratoire.

PHASE DE SEVRAGE DE L'IMMOBILISATION

Cette phase est de durée extrêmement variable. En effet, le sevrage complet du corset dépend de plusieurs facteurs : douleur, schéma postural, capacité de gainage musculaire et compréhension du patient. Cette phase ne pose en principe pas de problème si la prise en charge rééducative a été anticipée.

PHASE DE RESTAURATION FONCTIONNELLE [10, 11]

Le masseur-kinésithérapeute est amené au début de cette phase à réévaluer le patient pour poser un nouveau DMK. Cette phase a pour objectif de redonner au patient opéré d'une hernie discale une mobilité contrôlée et de l'accompagner dans sa réinsertion socio-professionnelle et le cas échéant dans la reprise d'activités sportives.

La prise en charge s'oriente vers la récupération de la mobilité lombo-pelvienne et des tissus périphériques, de

la force et de l'endurance musculaire du rachis et du réentraînement cardio-vasculaire à l'effort.

À la fin de cette phase, le patient doit être capable d'utiliser sa région lombo-pelvienne soit en verrouillage lors des situations identifiées à risques soit en mobilité pour les activités moins contraignantes. L'adhésion du patient à sa rééducation est primordiale si l'on veut mener correctement la prise en charge et un contrat thérapeutique est utile à mettre en place entre le patient et le thérapeute.

La chirurgie de la hernie discale est souvent le dernier recours qu'ont les patients face à des douleurs invalidantes, et/ou une symptomatologie neurologique (troubles moteurs et/ou sensitifs) persistantes malgré les autres traitements mis en place. Le rôle du masseur-kinésithérapeute après ce type d'intervention est de dédramatiser "la hernie discale opérée", d'informer, d'éduquer, et de guider le patient dans la restauration fonctionnelle de son rachis pour l'amener à retrouver une activité socio-professionnelle et sportive la plus normale possible et le plus précocement possible.

La réussite de la prise en charge de ces patients en cabinet libéral dépend de l'implication des différents intervenants dans le cadre d'un éventuel réseau thérapeutique, de l'adhésion du patient à sa rééducation et de sa capacité à s'autorééduquer. ■

Bibliographie

- [1] Poiraudeau S et coll. Lombalgies. *Encycl Méd* 2004 (éditions scientifiques et médicales, Elsevier - Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 15-840-C-10 : 15p.
- [2] Lefèvre-Colau MM et coll. Traitements des lombo-radicalgies. *Encycl Méd* 2004 (éditions scientifiques et médicales, Elsevier - Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 15-840-F-10 : 10p.
- [3] Allain J, Poignard A. Les prothèses discales. Le point en 2008. In: Mazel C, Revel M, Daniel F (éds) *Nouvelles approches médico-chirurgicales dans la pathologie du rachis lombo-pelvien* [XIV^e Journée de Menucourt]. Sauramps Médical, 2008 : 35-48.
- [4] Misenard G. Traitement chirurgical des lombalgies d'origine discale. In: Goussard JC, Bendaya S (éds) *Lombalgie en 2007 : aspects pratiques*. Paris : Springer-Verlag, 2007 : 87-95.
- [5] Ostelo RW et coll. Rehabilitation following first-time lumbar disc surgery. A systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine* 2003; 28(3):209-18.
- [6] Kjellby-Wendt G et coll. Early active rehabilitation after surgery for lumbar disc herniation. A prospective, randomized of psychometric assessment in 50 patients. *Acta Orthop Scand* 2001;72(2):518-24.
- [7] Guzman J et coll. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low-back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322:1511-6.
- [8] Yahia N et coll. Indications de la rééducation dans la pathologie discale non opérée et opérée. In: Mazel C, Revel M, Daniel F (éds) *Nouvelles approches médico-chirurgicales dans la pathologie du rachis lombo-pelvien* [XIV^e Journée de Menucourt]. Sauramps Médical, 2008 : 59-63.
- [9] ANAES - Service des recommandations et références professionnelles. *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique*. Décembre 2000.
- [10] Vanvelcenaher J et coll. Programme de restauration fonctionnelle du rachis dans les lombalgies chroniques. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-294-B-10, 19 : 13p.
- [11] Eisele R et coll. Postoperative physiotherapy after microsurgery of lumbar discal hernias: effect on spine mobility and muscle activity (microsurgery of discal lumbar hernias). *Journal of Back and Musculo-skeletal Rehabilitation* 1999;13: 75-85.
- [12] Dederding A et coll. Back extensor muscle fatigue in patients with lumbar disc herniation. Pre-operative and post-operative analysis of electromyography, endurance time and subjective factors. *Eur Spine J* 2006;15:559-69.