

Manipulations et lombalgies : niveaux de preuves et recommandations professionnelles

Nous vous proposons à travers cet article de faire une brève revue de la littérature sur l'efficacité de la manipulation (mobilisations avec *thrust*) dans les lombalgies. Nous avons retenu les principales recommandations professionnelles (*guidelines*) depuis les dix dernières années.

La production littéraire est très dense sur le sujet. Nous avons sélectionné 11 recommandations dans 9 pays différents (fig. 1). Voici ci-après certaines conclusions issues de ces recommandations qui nous semblent très pertinentes.

1. Recommandations de la Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne® (CLIP) [1] ■

En 2006, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [1] a publié les recommandations suivantes :

- **traitements pour les lombalgies de 12 semaines et plus** : il existe une évidence faible pour la manipulation vertébrale [2-4] ;
- **efficacité des traitements pour les lombalgies de 0 à 12 semaines (aiguës et subaiguës)** : les niveaux de preuves sont modérés.
 - pour les mobilisations en extension couplées avec posture d'extension si le patient présente une hernie discale [5, 6] ;
 - pour les manipulations vertébrales basées sur les travaux suivants :
 - en 2000, Van Tulder et Waddell [7] ont montré que les manipulations étaient plus efficaces que le placebo ;
 - en 2004, Bronfort *et al.* [3] ont montré que les manipulations étaient plus efficaces que les mobilisations pour diminuer la douleur à court terme ;
 - en 2005, les études de Assendelft *et al.* [2], et de Cherkin et Sherman en 2003 [8] concluent que les manipulations étaient aussi efficaces que AINS sans l'effet délétère des médicaments.

Pascal POMMEROL

Kinésithérapeute
cadre de Santé -
Ostéopathe
Master 2
de mécanique
Chargé de cours
à ISTR
(Université Lyon 1)
Directeur de
PLP Formation
Lyon (69)

Hervé FOUQUET

CDS, ostéopathe
Enseignant à PLP
Formation
Centre hospitalier de
Rive de Gier (42)



► Figure 1

Sélection des 11 recommandations dans 9 pays

2. Recommandations du NICE [9]

En 2009, le NICE a émis les recommandations suivantes :

- Il existe une recommandation forte pour la thérapie manuelle, y compris la manipulation vertébrale (maximum de 9 séances sur une période maximale de 12 semaines) [10].
- Il existe des preuves de réduction de la douleur et de l'invalidité à court terme avec les conseils usuels [11].
- La manipulation vertébrale isolée à 50 % de chances d'être le meilleur rapport coût-bénéfice par rapport aux autres traitements [12].
- Le traitement combiné de la manipulation vertébrale + exercices a été l'intervention la plus rentable. Il n'y a pas lieu de privilégier l'une des deux techniques [13].

3. Recommandations de l'APTA [14]

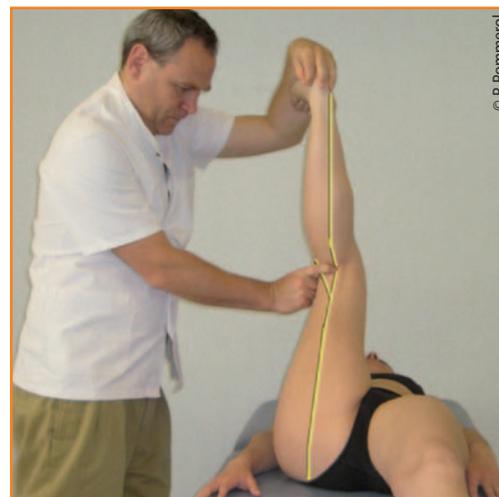
Plus récemment (2012), l'*American physical therapy association* a émise les recommandations suivantes et fait, comme pour le CLIP, des recommandations légèrement différentes pour les lombalgies aiguës et chroniques. Les auteurs de cette revue proposent :

- grade A : manipulation avec *thrust* pour les lombalgies aiguës et douleur dans la fesse et dans la cuisse. Thérapie manuelle pour les lombalgies subaiguës et chroniques ;
- grade C : mobilisation neuroméningée pour les lombalgies subaiguës, chroniques, et lombosciatiques (fig. 2).

On ne peut pas finir cette revue des recommandations sans analyser les deux revues de littérature Cochrane de 2011 [15] et de 2012 [16], respectivement sur les manipulation sur les lombalgies chroniques et des lombalgies aiguës. Voici un résumé de ces deux méta-analyses.

4. Pour les lombalgies chroniques

Rubinstein [15] et ses célèbres collaborateurs ont étudié 26 ECR (nombre total de participants =



► Figure 2

Mobilisation neuroméningée lors de l'élévation de la jambe tendue

6 070), dont 9 ont eu un faible risque de biais. Ils concluent leurs démonstrations impressionnantes par les affirmations suivantes :

- il existe des preuves de haute qualité que les manipulations vertébrales ont un petit effet statistiquement significatif car elles diminuent la douleur à court terme (MD : - 4,16, IC 95 % - 6,97 à - 1,36) et le statut fonctionnel (SMD : - 0,22, IC 95 % - 0,36 à - 0,07), mais pas significativement par rapport à d'autres interventions recommandées. Les analyses de sensibilité ont confirmé la robustesse de ces résultats ;
- lorsque la manipulation est ajoutée à une autre intervention, il existe des preuves (allant de faible à élevé) montrant l'efficacité de cette technique. On retrouve un effet statistiquement significatif à court terme sur la douleur et l'état fonctionnel des patients ;
- aucune complication grave n'a été observée avec les manipulations avec *thrust* dans la lombalgie chronique.

On peut donc retenir que, pour ces auteurs, les manipulations ont une efficacité mais il n'existe pas de différence significative entre les interventions manipulatives et les autres traitements pour réduire la douleur et améliorer la fonction (preuves de haute qualité).

4. Pour les lombalgies aiguës

Une autre revue de littérature Cochrane est parue [16]. Cette dernière a sélectionné 20 ECR (nombre total de participants = 2 674) et émet les avis suivants :

- la manipulation n'a pas un résultat supérieur à un autre traitement recommandé (qu'il soit isolé ou combiné) ;
- il existe des preuves de mauvaise qualité qui démontrent un effet important à court terme des manipulations sur l'état fonctionnel lorsqu'il est ajouté à une autre intervention ;
- en général, les techniques de manipulation en décubitus latéral et en décubitus dorsal ont une différence significative à court terme par rapport aux techniques sans *thrust* pour la douleur, l'état fonctionnel et la récupération.

Les auteurs conseillent donc l'utilisation des manipulations sur les faits au niveau du coût/bénéfice, la préférence du malade et l'innocuité des manœuvres (par rapport aux autres traitements, notamment médicamenteux).

6. Synthèse par pays des recommandations sur les manipulations (tab. 1)

Nous voyons que, actuellement et globalement, les manipulations sont recommandées, surtout dans un cadre aigu ou subaigu. Cette recommandation repose plus sur un rapport coût/bénéfice (*cost effectiveness*) intéressant que son efficacité thérapeutique par rapport aux autres techniques. C'est donc l'aspect financier qui est mis en avant au niveau du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni pour conseiller au patient une manipulation.

Il existe dans ces recommandations deux lacunes importantes :

- le diagnostic reste très flou et on n'a pas de classification détaillée des lombalgies comme des critères mécaniques (soulagé par la flexion ou l'extension) ;
- la pertinence d'une méta-analyse reste dans l'analyse des chiffres et dans l'abord statistique. Elles ne prennent pas en compte, ou faiblement, l'aspect relationnel et humain de la thérapie manuelle.

► Tableau 1

Synthèse par pays des recommandations sur les manipulations

Pays	Manipulation
Suisse, 1997 [17]	?
Danemark, 1999 [18]	+ option
Allemagne, 2002 [19]	?
Suède, 2000 [20]	+ option
Finlande, 2001 [21]	?
Europe, 2004 [22]	+ option
Canada, 2006 [1]	+
Royaume Uni, NICE 2009 [9]	+ option : coût/bénéfice
USA Cochrane, 2011 et 2012 [15, 16] et autres	+ comme un autre traitement, intérêt par rapport au coût/bénéfice



► Figure 3

Tableau décisionnel, d'après Delitto [14]

La démarche de recommandations d'une manipulation vertébrale est peut-être plus dans une démarche de critères prédictifs comme Flynn [23] l'a montré.

En tout cas, dans l'attente de nouvelles publications, nous vous recommandons d'appliquer ce schéma décisionnel et d'utiliser davantage les manipulations dans les lombalgies aiguës ou subaiguës (fig. 3). ✘

Bibliographie page suivante

Manipulations et lombalgies : niveaux de preuves et recommandations professionnelles



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rossignol M et coll. CLIP : Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne, ©Direction de la Santé publique - Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.
- [2] Assendelft WJJ et al. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochr Datab Syst Rev* 2005.
- [3] Bronfort G et al. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: A systematic review and best evidence synthesis. *Spine J* 2004;4(3):335-56.
- [4] Maher CG. Effective physical treatment for chronic low back pain. *Orthop Clin North Am* 2004;35(1):57-64.
- [5] Van Tulder M, Koes B. Low back pain and sciatica (acute). *Clin Evid* 2003;10:1343-58.
- [6] Malmivaara A et al. Exercise therapy for low back pain. *Spine* 2000; 25(21):2784-96.
- [7] Van Tulder M, Waddell G. Conservative treatment of acute and subacute low back pain. In: Nachenson A, Jonsson E (eds) *Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: Chapter 11: 241-69.
- [8] Cherkin DC, Sherman KJ et al. A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. *Ann Int Med* 2003;138(11):899-907.
- [9] Savigny P et al. *Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain full guidelines* - May 2009. National collaborating centre for primary care : www.csst.qc.ca/nos_partenaires/medecins/Documents/CLIPLombalgiesGuide2006.pdf
- [10] Cherkin DC et al. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. *New England J Med* 1998; 339(15):1021-9.
- [11] Triano JJ et al. Manipulative therapy versus education programs in chronic low back pain. *Spine* 1995;20(8):948-55.
- [12] Doran DM et al. Manipulation in treatment of low back pain: A multicentre study. *British Medical Journal* 1975;2(5964):161-4.
- [13] Goldby LJ et al. A randomized controlled trial investigating the efficiency of musculoskeletal physiotherapy on chronic low back disorder. *Spine* 2006;31(10):1083-93.
- [14] Delitto A et al. Low back pain clinical guidelines. *JOSPT* 2012;42(4): a1-a56.
- [15] Rubinstein SM, Van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low back pain. *Cochr Datab Syst Rev* 2011; Issue 2.
- [16] Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJJ, de Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain (Review). *Cochr Datab Syst Rev* 2012; Issue 9.
- [17] Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *N Engl J Med* 1999;341:1426-31.
- [18] Arkuszewski Z. The efficacy of manual treatment in low back pain: A clinical trial. *Man Med* 1986;2:68-71.
- [19] Aure OF, Nilsen JH, Vasseljen O. Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: A randomized, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine* 2003;28:525-32.
- [20] Beyerman KL, Palmerino MB, Zohn LE, Kane GM, Foster KA. Efficacy of treating low back pain and dysfunction secondary to osteoarthritis: Chiropractic care compared with moist heat alone. *J Manip Physiol Ther* 2006;29:107-14.
- [21] Bronfort G. Chiropractic versus general medical treatment of low-back pain: a small scale controlled clinical trial. *Am J Chiropr Med* 1989;2:145-50.
- [22] Bronfort G. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. *The Spine Journal* 2008;8:213-25.
- [23] Flynn T. A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with spinal manipulation. *Spine* 2002;27(24):2835-43.

Le carton de « rendez-vous » spécifique aux kinésithérapeutes

Format (plié) : L 80 x H 115 mm



■ Ce carton a un double objectif puisqu'il permet de rappeler les rendez-vous aux patients et de leur faire découvrir les champs d'activité des kinésithérapeutes

- Vendu par 1 000 exemplaires **90,00 €** port compris*
- Vendu par 500 exemplaires **55,00 €** port compris*
- Ils peuvent être personnalisés (par 1 000) **117,00 €** port compris* (nous adresser vos coordonnées sous forme de tampon)

www.librairiespek.com



3 rue Lespagnol - 75020 Paris • 01 44 83 46 54

SARL de presse au capital de 23 000 € -
RCS Paris 302 113 081

Bon de commande à photocopier et à retourner à la SPEK

Je désire recevoir : ■ 1 000 ex. (réf. SPD020) ■ 500 ex. (réf. SPD021)
■ 1 000 ex. personnalisés (réf. IMPRES)

NOM - Prénom

Adresse

Code postal - Ville

E-mail

Tél. Date de naissance/...../..... Année D.E.

Je joins mon règlement :

- Par chèque (à l'ordre de la SPEK) n°
- Par carte bancaire (Carte bleue, Visa, Eurocard-Mastercard) n°
- Date d'expiration/...../..... Cryptogramme visuel

Date et signature obligatoires

*** Pour les expéditions hors France métropolitaine, nous consulter**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les abonnements ou commandes à la SPEK. Conformément à la loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir des informations vous concernant, veuillez nous adresser un courrier. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.