

Les manchots

Coopération sous-marine?

Les manchots sont aussi populaires, que mal connus, même des naturalistes. Les explorateurs ont décrit les manchots comme des êtres hybrides, mi-poissons, mi-oiseaux, incapables de voler. Au début du XIX^e siècle, Jules Dumont d'Urville nous livre ses impressions : «Cet oiseau-poisson, [...] est organisé de façon à pouvoir plutôt nager que voler. Au lieu d'ailes, il a deux nageoires aplaties, et son corps est couvert d'un feutre serré, plutôt semblable à de la soie qu'à de la plume ; on dirait même que ses petites rames sont couvertes d'écailles.» L'étude des manchots a révélé un comportement de recherche de nourriture inattendu.

L'observation de ces oiseaux montre qu'il faut rapprocher les manchots non pas des Ratites (autruches, émeus...), comme leur inaptitude au vol l'inciterait à supposer, mais plutôt des Procellariiformes (albatros et pétrels), qui sont d'excellents voiliers. En effet, les manchots ne volent

pas dans l'air, mais dans l'eau : toutes leurs caractéristiques contribuent à leur adaptation à ce milieu : leur morphologie, musculature, ossature, plumage, vue, ainsi que leur physiologie. Les manchots ne sont plus envisagés comme des êtres hybrides, mais comme des spécialistes du milieu marin, issus de 50 millions d'années d'évolution.

Cette capacité à plonger leur offre la possibilité de rechercher leur nourriture (poissons, crustacés, calmars) là où les autres oiseaux ne vont pas. L'acquisition de nouvelles ressources a sans doute constitué une pression de sélection importante, probablement à l'origine de la divergence de ce groupe d'oiseaux par rapport à leurs cousins Procellariiformes.

Les manchots passent plus de 70 pour cent de leur temps en mer, ce qui rend leur étude très difficile. Depuis une décennie, la miniaturisation de l'électronique permet d'enregistrer les comportements à distance à l'aide de différents appareils électroniques miniaturisés (balises ARGOS, sondes stomacales, émetteurs VHF, capteurs de pression, enregistreurs d'activités...). Pour cette étude, nous avons utilisé des enregistreurs de plongée, dont nous récupérons les informations à l'aide d'un ordinateur. L'enregistreur est profilé et collé au bas du dos des animaux afin de minimiser les perturbations hydrodynamiques, puis il est délicatement récupéré, sans abîmer le plumage, lorsque l'oiseau regagne sa colonie. Nous avons ainsi équipé plusieurs femelles de gorfous sauteurs d'une même colonie à la veille de l'un de leurs départs en mer journaliers.

L'île d'Amsterdam (37°50' Sud, 77°31' Est – zone subtropicale de l'océan Indien) n'abrite qu'une seule espèce de manchots : le gorfou sauteur, *Eudyptes chrysocome moseleyi* (voir la photographie). C'est l'un des plus petits manchots (environ deux à trois kilogrammes pour 50 centimètres de hauteur). Après la ponte, lors de l'élevage des jeunes poussins, seules les femelles chassent pour les

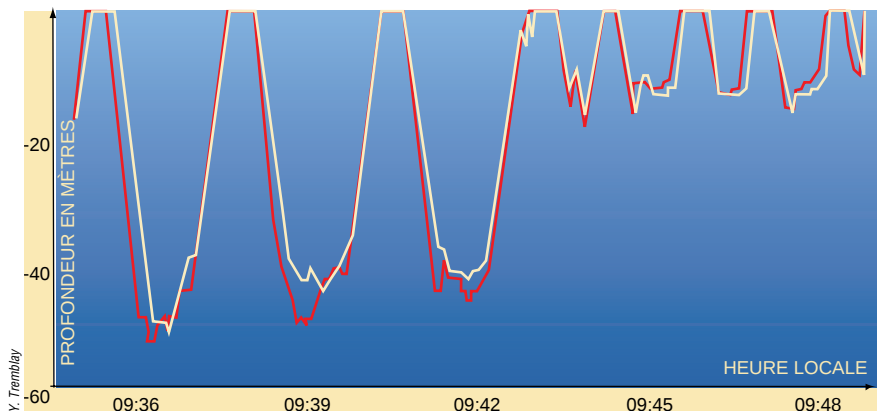
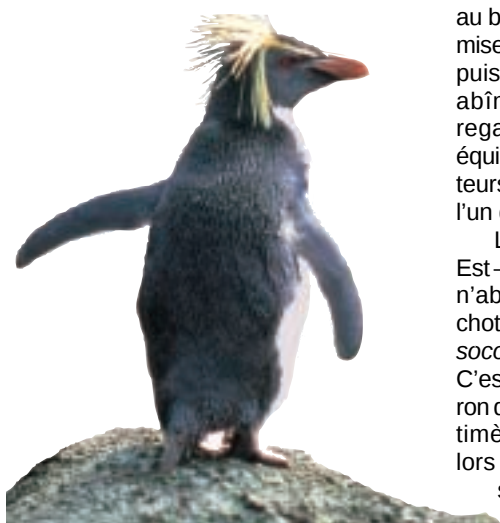
nourrir, les mâles restant sur la colonie pour les protéger. Les femelles se rassemblent le matin au lever du jour, partent en mer par petits groupes, et reviennent le soir pour régurgiter leur pêche à leur progéniture.

Sur cinq femelles que nous avons équipées en même temps d'enregistreurs de plongée, deux ont effectué ensemble près de 300 plongées. Elles ne sont pas partie de la colonie en même temps, mais elles se sont rejointes en mer après une heure de déplacement et ont alors plongé ensemble pendant sept heures (60 pour cent du temps passé en mer). L'écart entre deux plongées synchrones était rarement supérieur à quatre secondes, et la différence de profondeur qui les séparait était souvent inférieure à un mètre, qu'elles plongent à 10 mètres ou à 50. Elles sont donc restées en contact visuel sous l'eau tout au long de leur période de chasse, et lors de la plongée, leurs positions respectives étaient intangibles. L'une d'elles plongeait la première et se trouvait quasi systématiquement au-dessous de l'autre au-delà de 25 mètres. Ainsi, les manchots sont très coordonnés et coopèrent quand ils plongent pour chasser ; les deux femelles se nourrissent des mêmes types de proies, essentiellement des crustacés de petite taille (du krill) et quelques petits poissons et calmars.

Ces expériences montrent pour la première fois que certains manchots se comportent collectivement sous l'eau, probablement pour déjouer les tactiques antiprédatrices de leurs principales proies. Celles-ci échappent à leurs prédateurs en se sauvant brusquement et de façon imprévisible, créant une confusion chez le prédateur. La coopération augmente probablement l'efficacité individuelle de capture des manchots en maintenant, par leur présence concertée, la cohésion des proies au sein d'un banc (cette tactique a été observée chez les orques).

Ces résultats complètent les observations de manchots à la surface de l'eau, où ils sont souvent observés en petits groupes. Le coût des enregistreurs diminuant, il sera bientôt possible d'équiper tous les membres d'une petite colonies de manchots et de compléter cette étude afin d'approfondir notre connaissance des comportements coopératifs et de leur évolution dans le monde animal. En effet, ces comportements ne se rencontrent pas seulement chez l'homme ou les mammifères ; ils ont été observés aussi chez des oiseaux, des insectes, des poissons, des batraciens et même des crustacés terrestres (cloportes) qui n'ont pourtant que quelques centaines de cellules nerveuses dans leurs ganglions cérébraux !

Yann TREMBLAY et Yves CHEREL
Centre d'études biologiques de Chizé



Les plongées de deux femelles gorfous sont synchrones (en bas). En haut, un Gorfou sauteur (océan Indien).

Le mal de dos

RICHARD DEYO

De très nombreuses personnes souffrent de douleurs dans le bas du dos, dont l'origine reste mystérieuse. Divers traitements sont utilisés, mais la stratégie la plus efficace est souvent d'attendre que la douleur disparaisse spontanément.

Les impôts et la mort ne sont pas les seules certitudes que réserve la vie : il y a aussi le mal de dos. Près de 80 pour cent de la population adulte souffre un jour de douleurs dans le dos : celles-ci sont une des causes les plus fréquentes de consultations, d'hospitalisations, d'interventions chirurgicales et d'arrêts de travail. En France, en 1990, on a estimé à neuf milliards de francs le coût des lombalgies. Pourtant, on ignore presque tout d'elles.

Aujourd'hui, dans les pays industrialisés, les travailleurs sont souvent déchargés des tâches les plus pénibles, désormais assurées par des robots, et de nombreuses chaînes de production ont été automatisées. Simultanément, les méthodes d'imagerie de la colonne vertébrale et les traitements – chirurgicaux ou non – ont été améliorés, de sorte que l'on diagnostique de mieux en mieux les anomalies de la colonne vertébrale. Pourtant, les lombalgies, ou douleurs du bas du dos, progressent inexorablement, et les spécialistes n'ont qu'une connaissance limitée de l'origine de ces douleurs... peut-être en raison de vieux préjugés, fondés d'ailleurs sur des preuves ténues que sur des essais cliniques rigoureux.

On sait aujourd'hui que la plupart des personnes ayant mal au dos récupèrent rapidement et presque complètement, même lorsque la douleur a été forte, et cela quelle que soit la méthode de traitement adoptée (voire sans traitement du tout). Les quelques personnes contraintes d'arrêter leur travail reprennent leur activité au bout de six semaines environ ; seule une petite proportion ne retravaillera jamais

(environ un pour cent de la population active est en arrêt de travail pour douleurs chroniques dans le dos). En revanche, les récurrences sont fréquentes ; elles se déroulent généralement comme le premier épisode, et la plupart des malades se rétablissent encore, rapidement et spontanément.

L'origine des douleurs

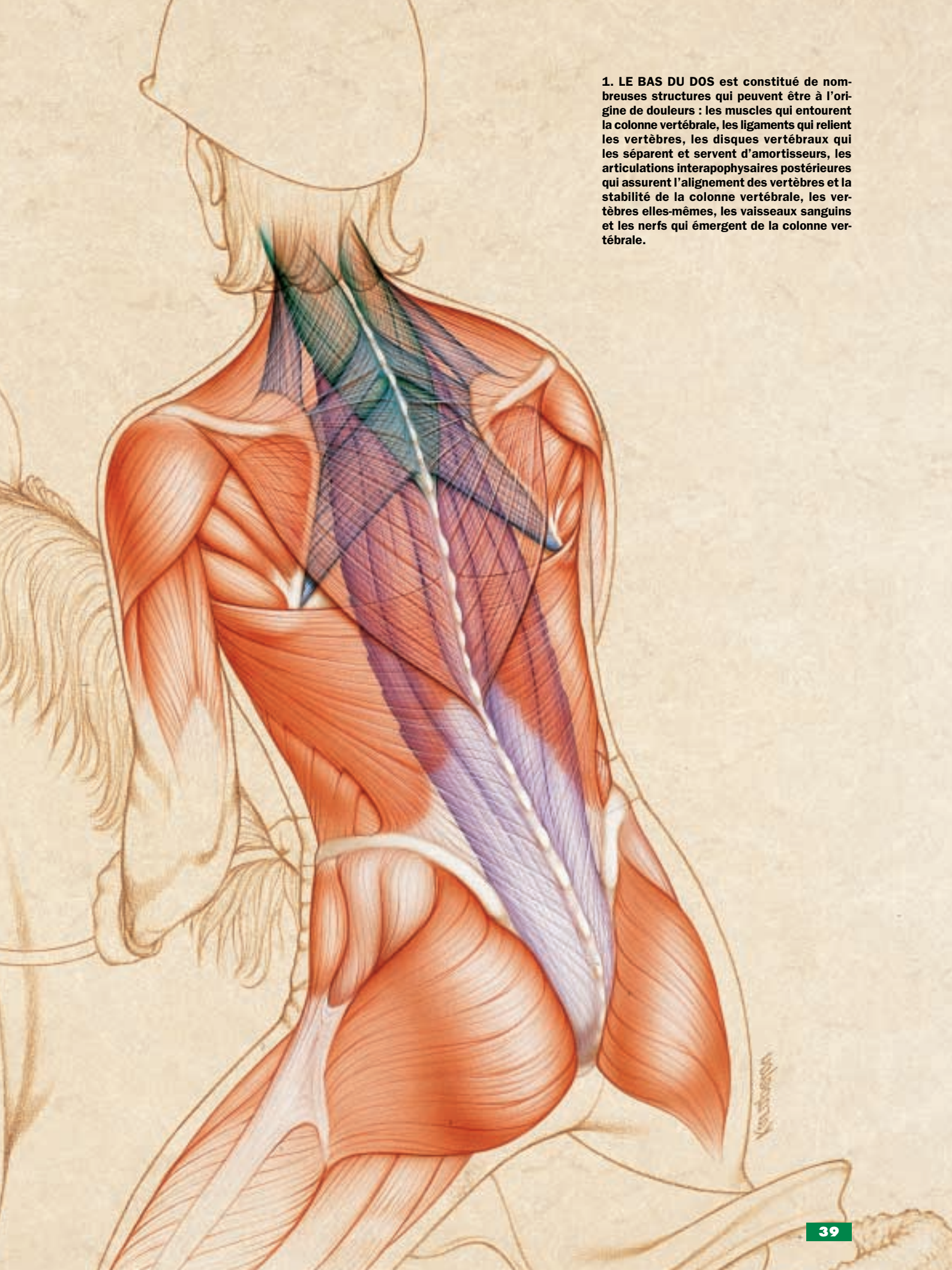
Chacun des constituants, mécanique ou biochimique, du dos peut être à l'origine d'une lombalgie. Les atteintes des divers muscles et des ligaments, les arthroses des articulations vertébrales postérieures ou des disques intervertébraux sont des causes fréquentes. Les hernies discales, où le « coussinet » souple qui sépare deux vertèbres dépasse le pourtour du disque et irrite la racine d'un nerf voisin, sont douloureuses. Parfois les douleurs sont dues à des sténoses vertébrales, c'est-à-dire à des rétrécissements de la colonne vertébrale, qui comprime un nerf. Les sténoses sont surtout des maladies des personnes âgées, dont les disques, les articulations postérieures et les ligaments de la colonne vertébrale sont usés.

De surcroît, les anomalies héréditaires de la colonne vertébrale, souvent asymptomatiques, sont parfois douloureuses. Les maladies touchant les reins, le pancréas, l'aorte ou les organes sexuels engendrent aussi des lombalgies. Enfin, ces douleurs sont parfois les premiers symptômes de maladies graves encore silencieuses, tels les cancers, les infections des os ou des formes rares d'arthrite. Heureusement, ces causes graves sont extrêmement rares :



John W. Karapetou

1. LE BAS DU DOS est constitué de nombreuses structures qui peuvent être à l'origine de douleurs : les muscles qui entourent la colonne vertébrale, les ligaments qui relient les vertèbres, les disques vertébraux qui les séparent et servent d'amortisseurs, les articulations interapophysaires postérieures qui assurent l'alignement des vertèbres et la stabilité de la colonne vertébrale, les vertèbres elles-mêmes, les vaisseaux sanguins et les nerfs qui émergent de la colonne vertébrale.



environ 98 pour cent des personnes ayant mal au dos n'ont qu'une lésion, généralement passagère, d'un muscle, d'un ligament, d'un os ou d'un disque intervertébral.

Une difficulté s'ajoute à la complexité anatomique de la région lombaire : on sait mal relier les symptômes, les images obtenues par les diverses méthodes de diagnostic et les modifications anatomiques ou physiologiques. Aussi les médecins s'attachent-ils surtout à éliminer les causes graves de douleur (cancers ou infections) et à vérifier que le plaignant n'a pas un nerf comprimé ou irrité. Dans près de 85 pour cent des cas, les médecins ne donnent aucun diagnostic précis, aucune explication de l'origine de la douleur. En général, les personnes qui consultent ne se souviennent d'aucun incident qui expliquerait la douleur et, si les fardeaux ou les blessures sont des facteurs de risque connus, ils ne sont généralement pas en cause. Les lombalgies apparaissent souvent sans cause identifiée, et les médecins ne s'accordent pas sur les origines possibles des divers cas qu'ils rencontrent.

Certaines douleurs rachidiennes banales sont sans doute dues au stress. Il y a quelques années, Astrid Lampe et ses collègues de l'Université d'Innsbruck avaient montré que les personnes qui avaient mal au dos, sans raison particulière, considéraient leur vie stressante, contrairement à un autre groupe de personnes, également souffrantes, mais dont on connaissait l'origine précise de la douleur. Une nouvelle étude de la même équipe révèle que les douleurs surviennent après des évé-

nements stressants. Selon John Sarno, de la Faculté de médecine de New York, les situations personnelles difficiles produisent une tension physique qui déclenche parfois des douleurs dans le dos ; il suppose que les douleurs sont un dérivatif qui aide à oublier la détresse psychique. Certaines personnes sont soulagées de leurs lombalgies par une assistance psychologique.

De simples meurtrissures musculaires résultant d'une activité physique déclenchent aussi des douleurs rachidiennes, tout comme le font l'usure et les déchirures des disques et des ligaments qui créent des micro-traumatismes s'accumulant avec l'âge. La détermination de l'origine d'une douleur, qui relève souvent plus de l'art que de la science, n'est généralement pas nécessaire, puisque la plupart des guérisons sont spontanées (toute maladie grave doit évidemment être écartée d'emblée).

Des diagnostics difficiles

Pourquoi les diagnostics de l'origine des lombalgies sont-ils généralement peu fiables ? Pour le savoir, nous avons demandé à de nombreux spécialistes d'établir un diagnostic à partir de descriptions de cas fictifs que nous avions rédigés, et de dire quelles seraient leurs recommandations thérapeutiques. Nous pourrions résumer les résultats de notre enquête par cet aphorisme : « Dis-moi quel médecin tu as vu, je te dirai quelle maladie tu as. » Par exemple, les rhumatologues furent deux fois plus nombreux que les médecins d'autres spécialités à prescrire des tests de laboratoire pour rechercher des

signes d'arthrite. Les neurochirurgiens furent deux fois plus nombreux que les autres à demander des examens par imagerie pour dépister des hernies discales. Enfin, les neurologues ont demandé trois fois plus d'électromyogrammes pour détecter une atteinte des nerfs.

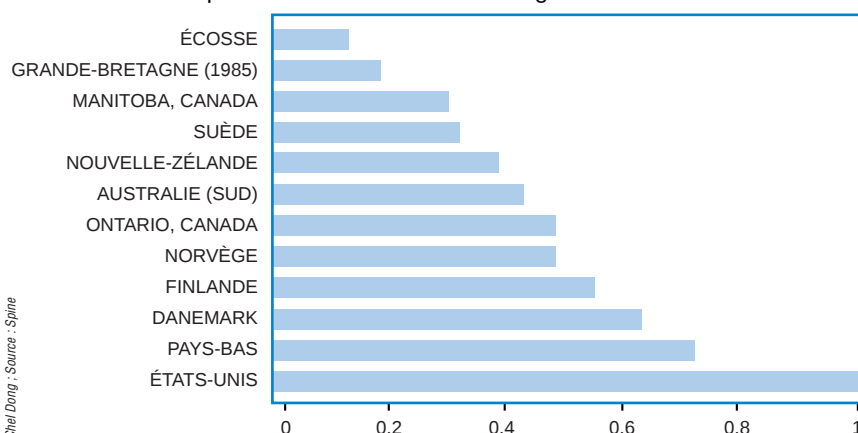
Encore récemment, les médecins prescrivaient souvent une radiographie de la colonne vertébrale à toute personne qui consultait pour un mal de dos, mais cet examen s'est révélé peu informatif : une étude suédoise poursuivie pendant dix ans a montré qu'au moins pour les adultes de moins de 50 ans, les radiographies n'apportaient rien de plus que l'examen clinique, sauf dans un cas sur 2 500 environ.

De plus, certaines anomalies souvent incriminées de la colonne vertébrale ne sont généralement pas à l'origine des douleurs. L'examen des radiographies prises lors de visites médicales d'embauche ou de l'incorporation des recrues montre que les anomalies de la colonne vertébrale sont aussi fréquentes chez les personnes qui n'ont aucun symptôme que chez celles qui ont mal au dos. Les radiographies ne peuvent servir à établir un diagnostic, et elles sont trompeuses.

De surcroît, les radiographies de la région lombaire exposent inévitablement les organes sexuels à des doses de rayonnement ionisant plus de 1 000 fois supérieures à celles que l'on reçoit lors d'une radiographie des poumons. Enfin, même les radiologues les plus compétents n'interprètent pas toujours une radiographie de la même façon. Aujourd'hui, quand on recherche l'origine de lombalgies, on réserve les radiographies à certaines personnes, par exemple à celles qui ont subi de graves traumatismes lors d'une chute ou d'un accident de la circulation.

Les médecins avaient espéré que les nouveaux instruments d'imagerie, tels les scanners et les appareils d'imagerie par résonance magnétique, faciliteraient les diagnostics de lombalgies, mais cet espoir a fait long feu : comme les radiographies, ces analyses montrent que certaines personnes qui ne souffrent pas du tout ont parfois de graves anomalies. En 1990, une étude a été réalisée sur 67 personnes qui disaient ne jamais avoir eu ni lombalgies, ni sciatique (une douleur dans une jambe, dont le point de départ est le bas du dos) : des hernies discales, souvent accusées d'être

Proportion des interventions chirurgicales du dos en 1988-1989



2. LA PROPORTION DES INTERVENTIONS chirurgicales du dos varie notablement suivant les pays : les personnes souffrant du dos subissent cinq fois plus d'opérations aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne. En France, la situation est proche de celle des pays européens ou scandinaves.

Les idées fausses

Première idée fausse

Le glissement d'un disque intervertébral (c'est une hernie discale) impose une opération chirurgicale. En réalité, rares sont les personnes qu'une opération soulage.

Deuxième idée fausse

Les radiographies, les images obtenues par scanner et par résonance magnétique permettent toujours d'identifier la cause des douleurs.

Troisième idée fausse

Quand on a mal au dos, on doit prendre son mal en patience jusqu'à ce que la douleur disparaisse.

Quatrième idée fausse

La plupart des douleurs du dos sont dues à des blessures ou surviennent après avoir soulevé de lourdes charges.

Cinquième idée fausse

Les douleurs du dos obligent en général à arrêter toute activité.

Sixième idée fausse

Toute personne ayant mal au dos doit subir une radiographie de la colonne vertébrale.

Septième idée fausse

Le repos allongé est la base du traitement.

Le problème général des lombalgies est encore compliqué par le fait que la plupart des personnes ayant des douleurs aiguës dans la région lombaire guérissent spontanément et vite. D'après une étude qui a comparé divers traitements, les personnes suivies guérissent aussi vite qu'elles consultent un chiropracteur, leur médecin de famille, ou un chirurgien orthopédiste. En revanche, le coût des divers traitements varie considérablement : les coûts d'une opération chirurgicale sont bien supérieurs aux honoraires du médecin de famille ! En matière de lombalgies, les personnels soignants devraient se souvenir du précepte d'Hippocrate : «D'abord, ne pas nuire», puisque, le plus souvent, les douleurs aiguës de la région lombaire disparaissent spontanément.

L'alitement a longtemps été considéré comme le meilleur des remèdes. En effet, quelques patients sont soulagés – au moins passagèrement – lorsqu'ils sont allongés et que leurs disques intervertébraux sont moins comprimés. Toutefois, les disques incriminés sont parfois innocents, et la rémission est spontanée. Après avoir été longtemps prescrit, le repos en position allongée est tombé en désuétude il y a une dizaine d'années. Aujourd'hui, l'alitement prolongé est même

à l'origine de douleurs dorsales, ont été décelées par résonance magnétique chez une de ces personnes sur cinq parmi les sujets de moins de 60 ans. Chez la moitié des personnes de ce sous-groupe, on a détecté un renflement de l'un des disques, une autre cause de douleur. Parmi les personnes de plus de 60 ans, plus d'un tiers avait une hernie discale, près de 80 pour cent avaient un renflement d'un des disques, et presque toutes présentaient des dégénérescences discales liées à l'âge. Une sténose de la colonne vertébrale, rare chez les adultes plus jeunes, a été observée chez un cinquième des personnes de plus de 60 ans, qui ne se plaignent d'aucune douleur. Une autre étude, portant sur 98 personnes ne souffrant pas du dos, a montré que les deux tiers des per-

sonnes testées avaient des disques anormaux. La détection d'une hernie discale lors d'un examen par imagerie ne prouve donc qu'une chose : que le patient a une hernie discale.

Ces résultats indiquent que certaines anomalies de la colonne vertébrale ne sont pas douloureuses. Comme les appareils d'imagerie les plus perfectionnés ne repèrent pas les muscles contracturés ou les ligaments blessés, vraisemblablement responsables de la douleur chez une proportion notable des personnes qui ont mal au dos, l'examen clinique est au moins aussi important que l'examen par imagerie, et les interventions chirurgicales pratiquées sur des personnes qui ont des clichés anormaux de la colonne vertébrale, mais qui n'ont pas mal au dos sont inutiles, voire dangereuses. Aujourd'hui de nombreux médecins ne prescrivent des tomodensitographies ou des imageries par résonance magnétique qu'aux personnes que l'on a déjà décidé d'opérer.

Consensus médical pour les lombalgies

Aujourd'hui, les grands axes de la thérapeutique des lombalgies sont reconnus et appliqués par tous les spécialistes des maladies de la colonne vertébrale. Comme dans l'ensemble des pays industrialisés, les lombalgies représentent, en France, l'un des tout premiers problèmes de santé publique. Près de 80 pour cent de la population en souffrent un jour ou l'autre. En outre, les lombalgies les plus courantes, celles qui ne sont pas dues à une maladie autonome et évolutive, sont fréquentes dès l'enfance et l'adolescence, récidivent souvent, et aboutissent parfois à des douleurs chroniques et à des invalidités.

En 1990, les coûts directs des lombalgies ont été estimés à neuf milliards de francs, et neuf pour cent des consultations des médecins généralistes sont motivées par le mal de dos. C'est la première cause de consultations dans les centres antidouleur. À ce chiffre s'ajoute le coût indirect des arrêts de travail : dans le cadre des accidents du travail, 13 pour cent des arrêts (environ 110 000) sont dus, chaque année, à des lombalgies, ce qui correspond à la perte de 3,6 millions de journées de travail. Le coût total des incapacités temporaires ou définitives est d'environ 3,5 milliards de francs par an. À ces coûts indirects tangibles s'ajoutent les coûts indirects intangibles liés aux conséquences psychologiques et sociales ou à la réduction des capacités physiques des personnes souffrantes.

En France, les lombalgies représentent un pôle d'intérêt majeur pour la Société française de rhumatologie, SFR, et sa section Rachis, dont les travaux visent à une meilleure connaissance des causes, des symptômes et des traitements des maladies de la colonne vertébrale, et l'Association française de lutte antirhumatisme, AFLAR, association d'utilité publique orientée vers les relations interprofessionnelles, l'information et la prévention.

Le Groupe interdisciplinaire de lutte contre les lombalgies, le GILL, est lié à ces deux structures. Il réunit des membres de la SFR, des médecins

du travail, des rééducateurs, des ergonomes, des pédiatres, des orthopédistes, des kinésithérapeutes, des psychologues, etc. Ces spécialistes tentent d'organiser une lutte cohérente contre les lombalgies, notamment une information des médecins et des patients, recherchent des moyens de prévention en milieu professionnel et organisent un congrès sur «Le dos de l'enfant et l'adolescent et la prévention des lombalgies», qui aura lieu en mars 1999.

L'attitude des médecins français à l'égard des douleurs du dos est proche de celle présentée par R. Deyo. Ils admettent que le repos et l'alitement forcés ne sont pas un traitement des lombalgies, mais un passage obligé, imposé par la douleur, pendant une période limitée, durant laquelle l'administration d'antalgiques est nécessaire. Le maintien des activités possibles et non douloureuses est préconisé.

Cela est important dans un but préventif, car l'un des grands risques du mal de dos est l'installation progressive dans l'inactivité, dans un état de maladie et d'invalidité chroniques. Ces situations chroniques concernent peu de personnes lombalgiques, mais leurs conséquences personnelles (sociales, professionnelles et psychologiques) et leur coût socio-économique sont considérables. Chez les personnes qui ont des douleurs, le maintien ou la reprise des activités antérieures est l'un des principaux objectifs du traitement et de la prévention.

La survenue d'une lombalgie bénigne et transitoire est une éventualité à laquelle chacun de nous peut s'attendre. Un exercice physique régulier, une bonne hygiène de vie instaurée dès le jeune âge et maintenue à l'âge adulte sont des moyens de prévention utiles. Certes la survenue de douleurs révèle parfois une affection grave, mais, le plus souvent, la situation est bénigne et les principaux ennemis de la guérison sont l'anxiété et l'inactivité.

Xavier PHELIP - CHU de Grenoble
Président du GILL,
Vice-président de la SFR

proscrit, et l'on conseille aux personnes qui souffrent de lombalgies aiguës de reprendre aussi vite que possible leurs activités normales.

Pas d'alitement

Quand l'alitement était encore en grâce, nous en avons testé l'efficacité en comparant l'effet de deux ou de sept jours couchés : trois semaines ou trois mois après cet alitement, la douleur résiduelle était identique dans les deux cas, tout comme le nombre de jours d'activité réduite, le comportement quotidien ou la satisfaction vis-à-vis des soins. En revanche, les personnes qui étaient restées le plus longtemps allongées avaient évidemment eu un arrêt de travail plus long. La durée d'arrêt de travail du malade ne dépendait pas de l'intensité de la douleur, de sa durée ni des anomalies observées lors de l'examen clinique. En fait, l'analyse des données montra que le seul facteur permettant de prévoir la durée de cet arrêt était... notre propre prescription du nombre de jours de repos!

D'autres travaux ont confirmé que quatre jours au lit font le même effet que deux jours... ou zéro jour. L'activité ne retarde pas la guérison : les personnes ayant des lombalgies aiguës et qui poursuivent leurs activités aussi normalement que possible se portent plutôt mieux que celles qui restent allongées. Mieux encore : les personnes qui restent actives malgré leurs douleurs aiguës ont, ultérieurement, moins de douleurs chroniques (c'est-à-dire des douleurs qui persistent plus de trois mois) et elles consultent moins de médecins que les personnes qui se reposent en attendant que leur douleur s'estompe. Ces études, qui montrent l'inefficacité de l'alitement comme traitement des lombalgies, ne doivent pas faire conclure que les arrêts de travail sont toujours inutiles en cas de lombalgies : certaines personnes dont l'activité est physiquement éprouvante ne peuvent pas toujours reprendre leur travail aussi rapidement que celles qui travaillent dans un bureau, par exemple. Néanmoins, les patients ont souvent intérêt, du point de vue strictement physique, à reprendre une activité partielle ou moins difficile, jusqu'à ce que le rétablissement soit complet.

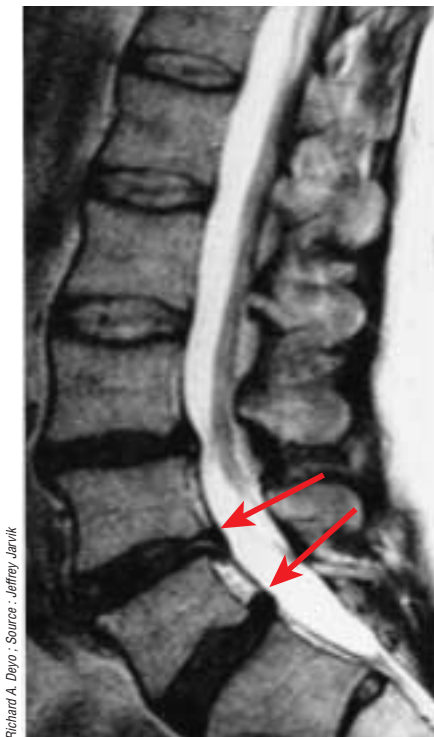
Des travaux récents ont également remis en cause l'efficacité d'autres types de traitement : par exemple,

les étirements de la région lombaire n'ont aucun effet ; la stimulation électrique transcutanée d'un nerf, qui consiste à envoyer un courant électrique modéré dans la zone douloureuse est très peu efficace à long terme ; enfin, les injections dans les articulations vertébrales postérieures de substances telles que la cortisone ne semblent pas plus efficaces que des injections de... sérum physiologique !

En revanche, les études montrent que l'exercice physique est un bon moyen de prévention et de traitement des douleurs de dos chroniques et aiguës. Aucun exercice n'est meilleur qu'un autre, mais les programmes les plus efficaces combinent des séances de remise en forme générale et des entraînements plus spécifiques, destinés à renforcer la résistance et l'endurance des muscles du dos.

Une analyse exhaustive des études cliniques sur le sport et les lombalgies a révélé que les personnes qui, ayant des douleurs aiguës, suivent régulièrement certains programmes d'exercices, peu de temps après la fin de l'épisode douloureux, rechutent moins souvent et ont des arrêts de travail plus courts que les autres. De tels exercices préviennent mieux la douleur que les campagnes d'information (qui expliquent, par exemple, comment soulever une charge) ou que le port de ceintures abdominales, qui limitent les mouvements de la colonne vertébrale. Les personnes qui ont des douleurs chroniques ont intérêt à faire ces exercices. Contrairement aux personnes qui ont des douleurs aiguës et dont l'état s'améliore plutôt en reprenant une activité normale qu'en faisant de la gymnastique, les personnes ayant des douleurs chroniques voient leur état s'améliorer quand elles pratiquent des exercices, même en période douloureuse.

Face à l'impuissance de la médecine classique, de nombreuses personnes qui ont mal au dos suivent d'autres traitements, notamment la chiropraxie et l'acupuncture. Apparemment, les manipulations de la colonne vertébrale réduisent effectivement la douleur à court terme, lorsque les lombalgies sont récentes. En revanche, il n'est pas prouvé que la chiropraxie soulage durablement la douleur. En fait, c'est sans doute la guérison naturelle du dos qui valide les différents traitements et qui pousse les personnes guéries à les défendre si ardemment.



Richard A. Devo - Source : Jeffrey Jarvik

3. CETTE IMAGE OBTENUE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE NUCLÉAIRE est trompeuse, parce qu'elle révèle deux hernies discales (les flèches) et des anomalies des disques vertébraux ; pourtant la personne dont le dos apparaît ici ne souffrait absolument pas. De nombreuses personnes sans aucun symptôme ont souvent des renflements des disques intervertébraux ou des hernies discales. Certaines personnes ayant mal au dos ne présentent pas d'anomalies détectables sur les images et, inversement, des anomalies sur les images ne correspondent pas nécessairement à des douleurs.

Les interventions chirurgicales

À l'opposé, les interventions chirurgicales ne doivent être pratiquées que si plusieurs conditions sont réunies : une hernie discale nette sur une image de la colonne vertébrale, des douleurs, des signes d'irritation des racines nerveuses et l'échec de six semaines de traitement non chirurgical. Alors, une intervention chirurgicale peut soulager rapidement les personnes qui réunissent ces conditions. Malheureusement, même des personnes qui ne relèvent pas de la chirurgie se font opérer, sans réel effet : si la douleur n'a pas pour origine une hernie discale, l'intervention chirurgicale sur un disque intervertébral ne la fera pas disparaître.

La mise en accusation des hernies discales devrait être moins systématique qu'aujourd'hui. Les hernies discales surviennent surtout chez les

adultes âgés de 30 à 50 ans, et déclenchent d'abord des douleurs (des engourdissements et des fourmillements) dans les jambes, la douleur dans le dos étant souvent plus discrète. Une hernie discale ne devrait être tenue pour responsable de douleurs lombaires que si on la repère sur une image obtenue par résonance magnétique et si l'examen clinique révèle une irritation des racines nerveuses, des réflexes anormaux, ainsi que des anomalies de la perception, de la résistance musculaire et de la mobilité des jambes.

Des travaux récents ont montré que, même chez des personnes ayant une hernie discale rendue visible par une technique d'imagerie, la guérison est généralement spontanée. Une hernie discale se résorbe souvent spontanément : 90 pour cent environ des malades vont mieux au bout de six semaines. Ainsi, dix pour cent seulement des malades ayant les symptômes d'une hernie discale pourraient subir une intervention chirurgicale ; si l'on tient compte de la proportion de hernies diagnostiquées chez les personnes qui consultent pour lombalgie, on calcule que moins de deux pour cent des personnes qui ont mal au dos doivent être opérées.

Pourtant les hernies discales restent la cause la plus fréquente des interventions chirurgicales du dos. Une étude menée à Oslo, publiée en 1983 et portant sur 280 opérés suivis pendant longtemps, jette le doute sur l'intérêt de ces interventions. Chez les malades opérés, la douleur est soulagée plus rapidement que chez les personnes traitées autrement, mais cette différence disparaît avec le temps. Il n'y a plus aucune différence au bout de quatre ans.

De plus en plus souvent, les personnes âgées de plus de 65 ans sont opérées de sténoses rachidiennes. Le nombre d'opérations de hernies discales a augmenté de 39 pour cent entre 1979 et 1990, tandis que celui des interventions pour cause de sténose a augmenté de 343 pour cent. Pourquoi cet accroissement rapide ? Sans doute parce que le scanner et l'imagerie par résonance magnétique permettent de mieux diagnostiquer les sténoses : identifiées, elles sont alors opérées. Malheureusement, l'intérêt de la chirurgie des sténoses est encore moins net que celui des hernies discales.

De surcroît, les sténoses sont plus difficiles à opérer que les hernies discales, car, contrairement à ces dernières,

qui surviennent à un endroit précis, elles sont disséminées le long de la colonne vertébrale. En outre, les personnes opérées sont plus âgées, donc plus sujettes à des complications, pendant et après l'opération. Enfin, on connaît encore moins que dans le cas des hernies discales l'efficacité à long terme des traitements chirurgicaux ou non chirurgicaux des sténoses vertébrales. Les symptômes des sténoses vertébrales évoluant peu, les décisions sont rarement à prendre dans l'urgence, et le médecin doit tenir compte de l'avis des malades.

La plupart des individus ont mal au dos à un moment ou à un autre de leur vie, mais ils doivent s'y résigner. Quand cette douleur ne résulte pas d'une maladie grave, la meilleure attitude est le stoïcisme, car la douleur disparaît en quelques jours, parfois en quelques semaines. Des antalgiques permettent de passer ce cap.

De nombreux médecins recherchent aujourd'hui, plus finement qu'auparavant, les causes – encore inconnues – des lombalgies et les mécanismes fondamentaux de cette plaie des pays industrialisés. Peut-on encore se contenter de la réponse habituelle des médecins : « Prenez deux aspirines et rappelez-moi » ? Une attitude sans doute plus profitable serait de prendre des médicaments contre la douleur en quantité suffisante, de faire de l'exercice régulièrement, de rester actif – dans la mesure du possible – en cas de douleurs aiguës et de surveiller que la douleur disparaît bien spontanément en quelques jours. Patience et longueur de temps font souvent plus que traitements.

Richard DEYO est professeur de médecine interne à l'Université de Washington.

D. C. CHERKIN, R. A. DEYO, K. WHEELER et M. A. CIOL, *Physician Variation in Diagnostic Testing for Low Back Pain*, in *Arthritis & Rheumatism*, vol. 37, n° 1, pp. 15-22, janvier 1994.

M. C. JENSEN, M. N. BRANT-ZAWADZKI, et al., *Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in People without Back Pain*, in *New England Journal of Medicine*, vol. 331, n° 2, pp. 69-73, 14 juillet 1994.

John E. SARNO, *The Mindbody Prescription : Healing the Body, Healing the Pain*, Warner Books, 1998.
