

Présentation générale de la patiente

Mme R, 50 ans, radiologue d'origine grecque, mène une vie saine et équilibrée. Elle pratique le Pilates deux fois par semaine, la marche rapide régulièrement et le ski en hiver. Elle est mariée et a deux enfants adultes ne vivant plus à domicile.

Elle a déjà bénéficié de séances de physiothérapie pour des douleurs à l'épaule avec amélioration, mais a été diagnostiquée d'une capsulite il y a trois semaines. La pathologie lui a été expliquée par sa physiothérapeute et une infiltration est prévue par le médecin la semaine suivante.

Ce matin, Mme R a demandé un rendez-vous en urgence pour des douleurs aiguës au dos survenues brutalement en se penchant, associées à un craquement audible. Depuis, tout mouvement du dos provoque une douleur intense. Elle a été amenée à la séance en fauteuil roulant par un collègue.

La patiente pense avoir subi une atteinte grave et estime avoir besoin d'un relâchement musculaire et de manipulations pour « remettre quelque chose en place ». Elle n'a pas consulté son médecin et s'est rendue directement chez son physiothérapeute, en qui elle a confiance, dans l'attente d'un traitement manuel.

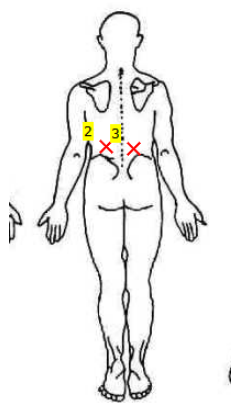
Activités et participation

Mme R travaille à 100 % et rapporte une bonne hygiène de sommeil. Elle exprime une forte confiance envers les professionnels de santé consultés. Elle demande systématiquement des examens d'imagerie lors de l'apparition de douleurs, estimant qu'une atteinte structurelle doit être identifiée.

Localisation et distribution des symptômes

La douleur est localisée au niveau du bas du dos.

Body chart (représentation corporelle de la douleur)



Caractéristiques de la douleur

La douleur est localisée au bas du dos, sans irradiation dans les membres inférieurs. Elle est exacerbée par les mouvements de flexion et d'extension.

Aucun déficit de force ni de sensibilité n'est rapporté. La patiente ne présente ni fièvre, ni nausées, ni signes évoquant une atteinte infectieuse.

La douleur est évaluée à 8/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA).

L'Oswestry Disability Index (ODI) indique une incapacité fonctionnelle de 70 %.

Fonctions et activités affectées

La patiente a interrompu la marche et évite tout mouvement sollicitant le dos depuis le début de la journée.

Examen clinique et tests pertinents

Le physiothérapeute réalise un interrogatoire ciblé afin d'exclure une pathologie nécessitant une prise en charge médicale urgente.

La patiente se lève et s'assoit sur la table de traitement sans aide, sans signe de déficit moteur au niveau des membres inférieurs. Elle rapporte l'absence de perte de force ou de sensation d'instabilité, mais se déplace en se tenant le dos, avec une expression de douleur.

Les mouvements d'extension et de flexion lombaire en position couchée, évalués par le décollement puis l'appui du bas du dos contre la table, sont douloureux.

Précautions et contre-indications

Absence de brûlures, de fourmillements ou de sensations de décharge électrique. La douleur est décrite comme diffuse au niveau lombaire.

Facteurs contextuels et contributifs

Mme R présente des croyances marquées en une origine biomécanique et structurelle de ses douleurs. En raison de son environnement professionnel hospitalier, elle sollicite fréquemment l'avis de collègues sur ses résultats d'imagerie.

Hypothèse diagnostique

L'ensemble des éléments cliniques est compatible avec un lumbago aigu, sans signe de gravité justifiant un recours à l'imagerie.

Prise en charge proposée

La prise en charge initiale repose sur plusieurs axes complémentaires :

- Éducation thérapeutique : information sur l'absence de signes alarmants et discussion autour de la fréquence élevée d'anomalies structurelles chez des personnes asymptomatiques.
- Rééducation active : travail de la mobilité lombaire en position allongée puis assise, avec mouvements guidés d'antéversion et de rétroversion du bassin, associés à des exercices respiratoires et à une augmentation progressive de l'amplitude.

Pronostic

La douleur lombaire évolue depuis seulement quelques heures. La patiente a quitté la séance en marchant, avec une diminution marquée des douleurs. Le pronostic est jugé très favorable. Mme R se montre rassurée et confiante envers son physiothérapeute.

Durabilité forte

Un raisonnement clinique intégrant la durabilité forte consiste à concevoir une prise en charge efficace, mais aussi soutenable dans le temps pour la patiente, le·la professionnel·le et le système de soins. Il vise à éviter la surmédicalisation, les interventions redondantes et les protocoles irréalistes, au profit d'une prise en charge proportionnée, contextualisée et favorisant l'autonomie. La durabilité forte ne constitue pas une contrainte externe au soin, mais un critère de qualité du raisonnement clinique.

Références conseillées

O'Sullivan, P. B. *et al.* (2020) 'Back to basics: 10 facts every person should know about back pain', *British Journal of Sports Medicine*, 54(12), pp. 698.

Wilson, F. *et al.* (2021) '2021 consensus statement for preventing and managing low back pain in elite and subelite adult rowers', *Br J Sports Med*, 55(16), pp. 893-899.

Zhang, J. *et al.* (2024) 'Efficacy of cognitive functional therapy in patients with low back pain: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Nursing Studies*, 151, pp. 104679.

AUTEURES

Clémence Artières, PhD candidate (Haute École de Santé – Vaud)

Emmanuelle Opsommer, PhD (Haute École de Santé – Vaud)