

Les muscles paravertébraux chez le lombalgique : quelles sont les principales modifications?

Autor(en): **Kerkour, Khelaf**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fisio active**

Band (Jahr): **39 (2003)**

Heft 7

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929649>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les muscles paravertébraux chez le lombalgique: Quelles sont les principales modifications?

Khelaf Kerkour, Cadre de santé, physiothérapeute-chef, Hôpital Régional, Delémont (Suisse), Khelaf.Kerkour@h-ju.ch

Mots clés:

Lombalgie, Paravertébraux, Atrophie, Typologie musculaire

La douleur d'une région entraîne des réactions d'adaptation de l'organisme. L'inhibition de la contraction musculaire ou les contractures sont des réactions musculaires de défense bien connues. Mais plus profondément, que se passe-t-il? La lombalgie est un phénomène complexe qui est étudié sous différents aspects. Nous présentons ci-après les études principales concernant les muscles paravertébraux.

ABSTRACT

In chronic low back pain we can observe modifications in quality and quantity of back muscles.

We have:

1. In quantity:

- A diminution in percentage fiber's type I and of their area.
- A modification in their internal structures (aspect in core-targetoid and moth-eaten)
- An augmentation of number fibers II C and of the fat

2. In quality:

- Decreased strength performance and endurance of trunk's extensors
- Modification in flexors/extensors ratio (healthy population: 0.7-0.8, LBP subjects: ≥ 1).

These considerations help to take care of patients with chronic low back pain.

INTRODUCTION

L'analyse des données de la littérature relative aux muscles du rachis dans la lombalgie montre une modification des muscles paravertébraux. Cette modification est à la fois:

Quantitative

- avec une diminution du nombre des fibres I;
- avec une diminution de leur surface de section;
- avec une modification de leur structure interne avec un aspect en *core-targetoid* (aspect moucheté) et en *moth-eaten* (aspect mité);
- avec une augmentation des fibres IIc et du tissu graisseux (figures 1, 2 et 3).

Qualitative

- avec essentiellement une atteinte au niveau des propriétés des extenseurs du tronc (force et endurance);
- avec un déséquilibre du rapport fléchisseurs/extenseurs [1].

RAPPEL

- Les fibres I sont également appelées fibres lentes ou fibres rouges. Elles développent peu de force mais elles sont très endurantes. Elles ont un métabolisme aérobie (nécessité de présence d'oxygène).
- Les fibres IIb sont également appelées fibres rapides ou fibres blanches. Elles développent beaucoup de force mais elles sont peu endurantes (fatigables). Elles peuvent travailler en mode anaérobie (absence d'oxygène).
- Les fibres IIa sont intermédiaires entre les fibres IIb et les fibres I. Les fibres IIc sont des fibres intermédiaires entre I et IIa, elles sont rares chez le sujet sain.

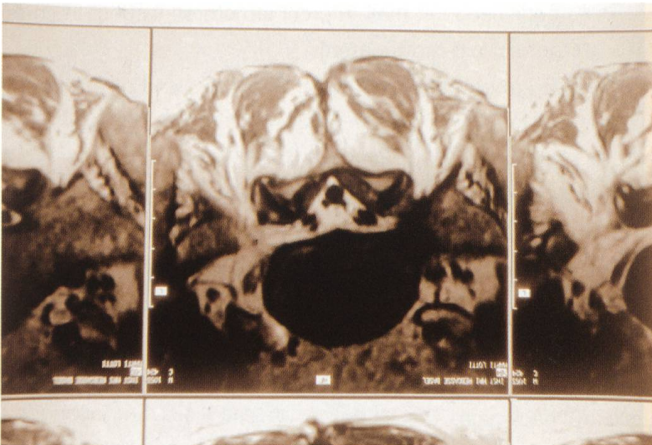


Fig. 1: IRM lombaire qui montre une atrophie des fibres musculaires: fibres normales; fibres remplacées par du tissu graisseux (blanc).

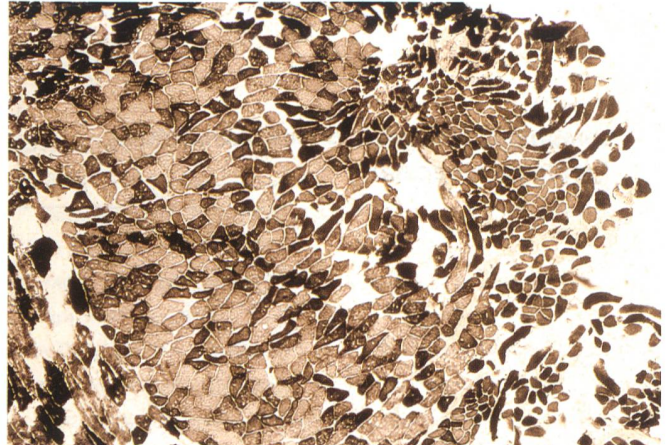


Fig. 2: Biopsie du multifidus qui montre la présence de tissu graisseux: tissu graisseux (blanc); fibres normales.

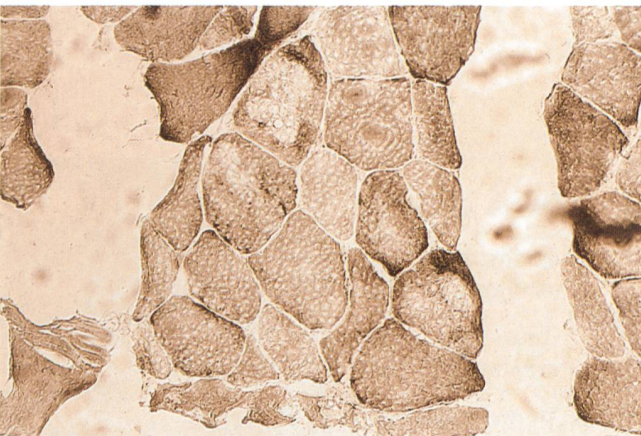


Fig. 3: Biopsie du multifidus qui montre un aspect moucheté des fibres I.

Tableau I: Pourcentages des fibres I, IIa, IIb de divers muscles du rachis de sujets sains ou lors d'autopsies, rapportés par différents auteurs (d'après Ng et al. [2]).

Études	Types	Age	Muscles	Niveau	Sexe	Pourcentages		
						Fibres I	Fibres IIa	Fibres IIb
Rantanen et al.	21 autopsies	23–65	<i>Iliocostalis</i>	L4–L5	M	67	33	
			<i>Multifidus</i> superficiel			67	33	
			<i>Multifidus</i> profond			62	33	
Jorgensen et al.	10 sain 6 autopsies	21–29	<i>Longissimus</i>	L3	M	64	27	9
			<i>Multifidus</i>	L3	M	59	27	14
	17–29	<i>Longissimus</i>	L3	M	71	18	11	
		<i>Iliocostalis</i>	L3	M	55	19	26	
		<i>Multifidus</i>	L3	M	54	22	24	
Parkkola et al.	10 autopsies	17–76	<i>Multifidus</i>	L4–L5	M	66	34	
Jorgensen et al.	10 sains	21–29	<i>Longissimus</i>	L3	F	73	18	
			<i>Multifidus</i>	L3	F	54	24	
Thorstensson et Carlson	16 sains	20–30	<i>Longissimus</i>	L3	M	56	22	22
					F	58	21	20
			<i>Multifidus</i>	L3	M	60	23	17
					F	62	17	17
Matilla et al.	12 autopsies	21–58	<i>Multifidus</i>	L4–S1	M	61	39	
					F	63	37	
Sirca et Kostevc	21 autopsies	22–46	<i>Longissimus</i>	T9	M	74	18	7
				L3	M	57	21	22
			<i>Multifidus</i>	T9	M	73	17	9
				L3	M	63	26	11
Fidler et al.	3 autopsies	19–51	<i>Multifidus</i>	T6	M	77	23	
Jowett et al.				L5	M	65	35	
Johnson et al. Polgar et al.	6 autopsies	17–30	<i>Erector spinae:</i> <i>profond</i> <i>superficiel</i>		M	58	42	
					M	55	45	
Sulemana et Suchenwirth	11 autopsies	22–73	<i>Erector spinae</i>		M	63	37	
					F	60	40	

ANNONCE



Tableau II: Pourcentage des fibres I, IIa, IIb de divers muscles du rachis en pathologie rachidienne, rapportés par différents auteurs (d'après Ng et al. [2]).

Études	Types	Age	Muscles	Niveau	Sexe	Pourcentages		
						Fibres I	Fibres IIa	Fibres IIb
Rissanen et al.	30 patients douleur lombaire chronique	40.2	<i>Multifidus</i>		M	68	32	
					F	65	35	
Rantanen et al.	18 patients hernies discales lombaires	25-53	<i>Multifidus</i>	L4-S1	M et F			
Zhu et al.	22 patients hernies discales lombaires	24-57	<i>Erector spinae</i>	L3-S1	M	70	10	22
					F	64	11	20
Matilla et al.	41 patients hernies discales lombaires	26-55	<i>Multifidus</i>	L4-S1	M	58	42	
					F	62	38	
Sirca et Kostevc	17 patients hernies discales lombaires	28-50	<i>Longissimus</i> <i>Multifidus</i>	L3	M et F	56	26	17
					M et F	63	24	13
Bagnall et al.	19 patients disfonction lombaire	26-73	<i>Longissimus</i> <i>Multifidus</i>	L4-L5	M	54	46	
					F	60	40	
					M	47	53	
					F	58	42	
Ford et al.	18 patients disfonction lombaire	28-73	<i>Erector spinae</i> <i>Multifidus</i>	L5		56	44	
						51	49	
Fidler et al. et Jowett et al.	17 patients disfonction lombaire	15-58	<i>Multifidus</i>	L2-L5	M et F	68	32	

MÉTHODE

CARACTÉRISTIQUES DES MUSCLES DU DOS CHEZ LE SUJET SAIN ET LE LOMBALGIQUE

Dans une revue de la littérature, Ng et al. [2] rapportent le pourcentage des fibres (I, IIa et IIb) des principaux muscles du tronc (*Multifidus*, *Longissimus*, *Iliocostalis*) tant chez le sujet sain (*tableau I*) qu'en pathologie lombaire (*tableau II*).

Mannion et al. [3] comparent des biopsies musculaires des *Erector spinae* de sujets sains et de patients présentant une lombalgie chronique (*tableau III*) et montrent qu'il existe une atrophie musculaire significative des fibres de type I et une augmentation significative des fibres IIb et IIc.

Les muscles lombaires paravertébraux sont adaptés au travail d'endurance (grand pourcentage de fibres lentes et importante capillarisation). Le muscle le plus large et le plus important est le *Multifidus*. Il est innervé par le rameau interne de la branche postérieure et, lorsqu'elle est lésée, il n'y a pas de suppléance pour ce muscle comme pour les autres muscles du dos. Le *Multifidus* ne travaille qu'en position érigée et lors d'exercices actifs. Sa récupération n'est pas spontanée après rémission de la douleur chez le lombalgique, ce qui expliquerait la récurrence chez certains patients. Par contre, sa récupération semble possible chez les patients soumis à un programme d'exercices sollicitant les muscles du tronc. Ces données sur les caractéristiques des muscles du rachis lombaire montrent que la qualité d'endurance musculaire est un facteur essentiel à prendre en considération dans la rééducation du lombalgique.

Tableau III: Pourcentage des différentes fibres musculaires (I, IIa, IIb et IIc) de l'erektor spinae de sujets sains (témoins) et lombalgiques chroniques (patients) (d'après Mannion et al. [3]).

Type de fibres musculaires	Homme (n = 12)		Femmes (n = 9)	
	Patients	Témoins	Patients	Témoins
	(en %, ± déviation standard)			
I	51,0 ± 12,9	66,1 ± 7,7	50,1 ± 7,7	66,5 ± 12,0
IIa	24,0 ± 12,2	24,4 ± 4,2	17,3 ± 10,3	24,6 ± 7,3
IIb	23,4 ± 14,3	7,9 ± 5,9	30,6 ± 11,8	8,3 ± 6,6
IIc	1,6 ± 2,6	0,6 ± 1,0	2,0 ± 3,4	0,2 ± 1,2

Tableau IV: Ratio des pics de force des fléchisseurs/extenseurs du tronc des sujets sains et lombalgiques aux vitesses de 60 et 120°/s [1].

Ratio fléchisseurs/extenseurs	Sain	Lombalgique
60°/seconde	0,74	0,98
120°/seconde	0,81	1,06

MODIFICATIONS DES PARAMÈTRES DE LA FORCE MUSCULAIRE

L'évaluation peut se faire sur un mode isométrique en utilisant par exemple le test de Biering-Sørensen (test simple et économique), ou isocinétique, si le praticien a accès à un appareillage adéquat.

L'analyse des données de la littérature montre une diminution significative (environ 40 %) de la force isométrique des extenseurs. L'évaluation isocinétique montre un déséquilibre du ratio fléchisseurs/extenseurs (F/E) [1]. Chez le sujet sain, le ratio F/E est d'environ 0,8, tandis que pour le sujet lombalgique ce ratio est sensiblement égal ou supérieur à 1 (tableau IV).

CONCLUSION

La douleur, la contracture musculaire et la diminution d'activité chez le patient lombalgique ont un effet délétère sur le maintien et le recrutement de la force musculaire des muscles paravertébraux. La modification est à la fois qualitative sur les fibres musculaires (atrophie musculaire préférentielle sur les fibres lentes, et transformation histologique des fibres) et quantitative sur la force des extenseurs (force et endurance) avec un déséquilibre du ratio F/E. Mais il ne peut à lui seul expliquer les problèmes musculaires du lombalgique chronique, le transverse de l'abdomen jouant un rôle fondamental dans la stabilisation du rachis.

Trois mois de rééducation active améliorent les performances quantitatives [3] des paramètres musculaires (force et endurance) mais pas qualitatives (structure, type et taille des fibres musculaires) [5]. La surface de section du multifidus est statistiquement diminuée chez le lombalgique chronique au niveau de l'étage L4 (étude CT scan) [6]. L'étude de ces muscles est encore à développer par de futurs travaux.

Remerciements à AF Mannion pour les photographies de biopsies musculaires.

RÉFÉRENCES

1. KERKOUR K, MEIER JL. Evaluation comparative isocinétique des muscles du tronc de sujets sains et de lombalgiques. *Ann Kinésithér* 1994; 21 (1): 27-31.
2. NG JK, RICHARDSON CA, KIPPERS V, PARNIANPOUR M. Relationship between muscle fiber composition and functional capacity of back muscles in healthy subjects and patients with back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 1998; 27 (6): 389-402.
3. MANNION AF, WEBER BR, DVORAK J, GROB D, MÜNTENER M. Fibre type characteristics of the lumbar paraspinal muscles in normal healthy subjects and patients with low back pain. *J Orthop Res* 1997; 15: 881-7.
4. MANNION AF, TAIMELA S, MUNTENER M, DVORAK J. Active therapy for chronic low back pain. Part 1. Effects on back muscle activation, fatigability, and strength. *Spine* 2001; 26 (8): 897-908.
5. KAESER L, MANNION AF, RHYNER A, WEBER E, DVORAK J, MUNTENER M. Active therapy for chronic low back pain. Part 2. Effects on paraspinal muscle cross-sectional area, fiber type size, and distribution. *Spine* 2001; 26 (8): 909-19.
6. DANNEELS LA, VANDERSTRAETEN GG, CAMBIER DC, WITVROUW EE, DE CUYPER HJ. CT imaging of trunk muscles in chronic low back pain patients and healthy control subjects. *Eur Spine J* 2000; 9: 266-72.

ANNONCE

Exercice régulier de verticalisation au quotidien grâce au fauteuil roulant **LEVO[®]-combi**

...pour moi, c'est essentiel!"



Le nouveau **LEVO-combi** allie fonctionnalité et design à la perfection. Pour plus d'informations, consulter www.levo.ch ou appelez-nous.

LEVO AG
Anglikerstrasse 20
5610 Wohlen
Téléphone 056 618 44 11
Fax 056 618 44 10

ot The experts in standing

Informations gratuites sur le LEVO-combi et tous les autres fauteuils roulants à verticalisation LEVO:

Démonstration Documentation

Nom: _____

Rue: _____

Tél.: _____

NPA/localité: _____