

Item 215 : Rachialgies

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Cervicalgies.....	1
1.1 Quand faut-il évoquer le diagnostic de cervicarthrose ?.....	1
1.1.1 Syndrome cervical.....	1
1.1.1.1 Définitions.....	1
1.1.1.2 Examen clinique.....	1
1.1.1.3 Examens complémentaires.....	1
1.1.2 Névralgies cervicobrachiales.....	1
1.1.3 Myélopathie cervicarthrosique.....	1
1.1.4 Insuffisance vertébrobasillaire.....	1
1.1.4.1 Définition.....	1
1.1.4.2 Forme chronique symptomatique.....	1
1.1.4.3 Forme aiguë neurologique.....	1
1.1.4.4 Examens complémentaires.....	1
1.2 Comment faire le diagnostic de cervicalgie commune ?.....	1
1.2.1 Éliminer une cervicalgie symptomatique.....	1
1.2.2 Cervicalgies communes.....	1
1.3 Traitement.....	1
1.3.1 Cervicalgies aiguës.....	1
1.3.2 Cervicalgies chroniques.....	1
1.3.3 Insuffisance vertébrobasillaire.....	1
2 Dorsalgies.....	2
2.1 Démarche diagnostique devant une dorsalgie.....	1
2.1.1 Interrogatoire.....	1
2.1.2 Examen clinique.....	1
2.1.3 Examens complémentaires.....	1

2 . 2 Diagnostic étiologique.....	1
2 . 2 . 1 Éliminer une dorsalgie symptomatique.....	1
2 . 2 . 2 Dorsalgies « statiques » ou « fonctionnelles ».....	1
2 . 2 . 2 . 1 Dorsalgies « statiques ».....	1
2 . 2 . 2 . 2 Dorsalgies « fonctionnelles ».....	1
2 . 3 Traitement.....	1
3 Lombalgies.....	3
3 . 1 Interrogatoire.....	1
3 . 1 . 1 Siège de la douleur.....	1
3 . 1 . 2 Rythme de la douleur.....	1
3 . 1 . 3 Influence des sollicitations mécaniques rachidiennes.....	1
3 . 1 . 4 Mode de début et évolution des douleurs.....	1
3 . 1 . 5 Antécédents lombalgiques.....	1
3 . 2 Examen physique.....	1
3 . 3 Techniques d'imagerie du rachis lombaire.....	1
3 . 4 Lombalgies communes.....	1
3 . 4 . 1 Épidémiologie.....	1
3 . 4 . 2 Lumbago.....	1
3 . 4 . 2 . 1 Définition.....	1
3 . 4 . 2 . 2 Examens complémentaires.....	1
3 . 4 . 2 . 3 Évolution.....	1
3 . 4 . 2 . 4 Traitement.....	1
3 . 4 . 3 Lombalgies communes chroniques.....	1
3 . 4 . 3 . 1 Définition.....	1
3 . 4 . 3 . 2 Examen clinique.....	1
3 . 4 . 3 . 3 Examens complémentaires.....	1
3 . 4 . 3 . 4 Évolution spontanée.....	1
3 . 4 . 3 . 5 Traitement des lombalgies communes chroniques.....	1

3 . 4 . 4 Lombalgies d'origine articulaire postérieure.....	1
3 . 4 . 4 . 1 Particularité clinique : le syndrome trophostatique de la post-ménopause	1
3 . 4 . 4 . 2 Intérêt des examens complémentaires.....	1
3 . 4 . 4 . 3 Évolution, traitement.....	1
3 . 5 Lombalgies symptomatiques.....	1
3 . 5 . 1 Diagnostic.....	1
3 . 5 . 2 Lombalgies tumorales malignes (myélome, métastase).....	1
3 . 5 . 3 Lombalgies tumorales bénignes.....	1
3 . 5 . 4 Lombalgies infectieuses.....	1
3 . 5 . 5 Lombalgies « inflammatoires ».....	1
3 . 5 . 6 Lombalgies liées à une ostéopathie déminéralisante.....	1
3 . 5 . 7 Lombalgies extrarachidiennes.....	1
3 . 5 . 7 . 1 Anévrisme de l'aorte abdominale.....	1
3 . 5 . 7 . 2 Lombalgies liées à une pathologie urinaire.....	1
3 . 5 . 7 . 3 Autres étiologies de lombalgies extrarachidiennes.....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une rachialgie.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

SPECIFIQUE :

- Connaître les causes rachidiennes et extrarachidiennes de rachialgies selon l'étage, savoir reconnaître à l'aide d'éléments cliniques et paracliniques une dorsalgie symptomatique d'une affection viscérale.
- Savoir reconnaître l'origine rachidienne d'une rachialgie et connaître les signes cliniques pouvant orienter vers la nature symptomatique ou commune des rachialgies.
- Connaître la stratégie de prescription et savoir interpréter les résultats des examens complémentaires biologiques et morphologiques au cours des rachialgies.

- Connaître l'utilité des traitements médicamenteux et physiques au cours des rachialgies communes.
- Connaître les modalités évolutives des rachialgies et les facteurs de passage à la chronicité.

INTRODUCTION

Une rachialgie, quel qu'en soit l'étage, cervical, thoracique ou lombaire, est un symptôme dont l'étiologie peut être extrêmement variée, même si l'origine dégénérative (souvent nommée « pathologie vertébrale commune ») est, de loin, la plus fréquente. *Devant toute rachialgie, il convient donc d'éliminer les autres causes possibles avant de retenir le diagnostic de rachialgie commune.* Cette démarche diagnostique, bien que comparable quel que soit l'étage douloureux, n'en comporte pas moins des particularités justifiant d'étudier successivement les trois étages rachidiens.

I CERVICALGIES

On dénomme cervicalgies les douleurs du rachis cervical. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit de cervicalgies communes dues à une détérioration dégénérative (la cervicarthrose) et/ou un trouble fonctionnel musculoligamentaires de la région cervicale. La cervicarthrose anatomique est d'une extrême fréquence : plus de 50 % des individus après quarante ans et elle augmente avec l'âge. Dans plus de la moitié des cas, elle est asymptomatique et cette notion doit être présente à l'esprit pour ne pas imputer la symptomatologie aux anomalies radiographiques.

I.1 QUAND FAUT-IL ÉVOQUER LE DIAGNOSTIC DE CERVICARTHROSE ?

Quatre tableaux cliniques peuvent être observés.

I.1.1 Syndrome cervical

I.1.1.1 Définitions

- *Syndrome cervical aigu* (torticolis) : douleur et surtout raideur cervicales survenant brutalement, volontiers le matin au réveil.
- *Syndrome cervical chronique* : beaucoup plus fréquent, se manifestant par des douleurs de la nuque pouvant irradier vers l'occiput, vers l'épaule ou vers la région interscapulovertébrale. Les douleurs sont mécaniques mais avec parfois une recrudescence nocturne. Elles évoluent par poussées successives, parfois sur un fond douloureux permanent.

I.1.1.2 Examen clinique

Devant une cervicalgie chronique, l'examen peut montrer :

- des points douloureux à la palpation de la colonne cervicale ;
- une douleur et une contracture modérée de la musculature paravertébrale ;
- une limitation, le plus souvent modérée, des mobilités cervicales ;
- des craquements à la mobilisation du cou.

L'examen clinique est en général plus démonstratif en cas de cervicalgie aiguë : raideur cervicale souvent importante, contracture douloureuse de la musculature paracervicale.

I.1.1.3 Examens complémentaires

Les radiographies simples sont essentiellement demandées dans le cadre du diagnostic différentiel, à la recherche d'une cause infectieuse, inflammatoire ou tumorale.

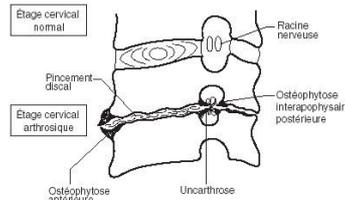
Elles comportent quatre clichés : incidences de face, de profil, de trois quarts droit et gauche. Lorsqu'il existe des antécédents traumatiques, il faut parfois les compléter par des clichés dynamiques en flexion-extension de profil, qui permettent d'analyser le degré d'instabilité de la colonne cervicale.

On trouve habituellement des lésions de discarthrose (figure 29.1), d'uncarthrose et

d'arthrose interapophysaire postérieure, prédominant au rachis cervical moyen ou bas. Elles sont inutiles dans le syndrome cervical aigu, sauf situations particulières faisant discuter un diagnostic différentiel (post-traumatiques, signes neurologiques, fièvre, altération de l'état général, non-amélioration malgré le traitement...).

Il peut être utile, dans le cadre du diagnostic différentiel, de s'assurer de l'absence de signes biologiques d'inflammation (VS, CRP).

Fig. 29.1. Arthrose cervicale : ostéophytose antérieure, pincement discal, uncarthrose, arthrose interapophysaire postérieure déformant le trou de conjugaison.



I.1.2 Névralgies cervicobrachiales

Se reporter au chapitre 34.

I.1.3 Myélopathie cervicarthrosique

Se reporter au chapitre 34.

I.1.4 Insuffisance vertébrobasillaire

I.1.4.1 Définition

Due à la compression de l'artère vertébrale par les ostéophytes de l'uncodisarthrose, elle peut se manifester de deux façons : la forme chronique symptomatique et la forme aiguë neurologique.

La cervicarthrose ne constitue le plus souvent qu'un facteur surajouté à d'autres lésions, artérielles athéromateuses, et n'est en fait impliquée que dans une minorité des cas d'insuffisance vertébrobasillaire.

I.1.4.2 Forme chronique symptomatique

L'existence réelle de ce syndrome est remise en cause. Le patient présente des signes fonctionnels : céphalées et douleurs frontales sus-orbitaires, sensations vertigineuses, acouphènes, troubles visuels (« mouches volantes ») d'intensité modérée, mais pénibles par leur chronicité. Il existe souvent une discordance entre la richesse de ces signes et la pauvreté des signes objectifs. Les troubles persistent en général quelques mois ou années, mais peuvent disparaître spontanément.

I.1.4.3 Forme aiguë neurologique

Beaucoup plus rare et le plus souvent d'origine athéromateuse, cette atteinte peut être responsable d'accidents transitoires (syndrome vestibulaire, accidents moteurs

transitoires de type *drop attacks*, manifestations oculaires de type hémianopsie) ou d'accidents durables (syndromes alternes du tronc cérébral de type Wallenberg).

I.1.4.4 Examens complémentaires

L'examen Doppler avec manœuvres positionnelles peut confirmer la sténose d'une artère vertébrale. L'angio-IRM objective le retentissement de la cervicarthrose sur l'artère.

I.2 COMMENT FAIRE LE DIAGNOSTIC DE CERVICALGIE COMMUNE ?

I.2.1 Éliminer une cervicalgie symptomatique

Il faut avant tout éliminer une cervicalgie symptomatique d'une affection grave :

- tumorale : métastases, localisation myélomateuse, etc. ;
- infectieuse : spondylodiscite ;
- inflammatoire : spondylarthropathie, polyarthrite rhumatoïde, chondrocalcinose ;
- neurologique : tumeur intrarachidienne ou de la fosse postérieure ;
- post-traumatiques : fractures et luxations. Le risque de méconnaître ces lésions, en raison de la difficulté de réalisation des clichés dynamiques au décours immédiat d'un traumatisme, impose de pratiquer ces clichés à distance (huit à dix jours). Il faut particulièrement rechercher une atteinte de la charnière cervico-occipitale (+++) (fracture occulte de l'apophyse odontoïde).

Lorsque l'ensemble du tableau clinique (douleur mécanique, absence de fièvre, d'altération de l'état général...) et radiographique (radiographie normale ou ne montrant qu'une cervicarthrose) est rassurant, on stoppera le bilan étiologique. En revanche, en cas de discordance et/ou de doute, on demandera d'autres examens complémentaires, dont la nature sera fonction de l'orientation fournie et pouvant comporter : VS, CRP, électrophorèse des protéines, scanner ou IRM du rachis.

I.2.2 Cervicalgies communes

Dans la majorité des cas, le diagnostic finalement retenu est celui de cervicalgies communes dont l'évolution est favorable mais avec souvent des accès aigus à répétition et, parfois, des cervicalgies chroniques.

I.3 TRAITEMENT

I.3.1 Cervicalgies aiguës

Le traitement associe le repos, les antalgiques et les Anti inflammatoires Non Stéroïdiens, ainsi qu'un traitement physique sédatif (agents physiques et massages).

I.3.2 Cervicalgies chroniques

Le traitement associe des antalgiques et des AINS (à la demande lors des poussées douloureuses), un repos relatif, des massages et une rééducation proprioceptive de

renforcement des muscles paravertébraux et d'adaptation posturale. On recherchera et corrigera d'éventuelles attitudes prolongées peu ergonomiques (notamment tête penchée en avant, membres supérieurs en suspension). La crénothérapie est un traitement d'appoint souvent bénéfique.

I.3.3 Insuffisance vertébrobasillaire

Dans les formes majeures, le traitement chirurgical n'est indiqué que si la cervicarthrose est la seule cause (exceptionnel) et si l'état général le permet.

II DORSALGIES

Les dorsalgies sont des douleurs ressenties en regard du rachis thoracique (T1 à T12). Elles peuvent être la traduction d'une souffrance du rachis thoracique, mais aussi souvent d'une souffrance viscérale (+++).

Dans certains cas sans étiologie précise, on parle de « dorsalgies fonctionnelles ».

II.1 DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE DORSALGIE

II.1.1 Interrogatoire

Il faut faire préciser les caractéristiques des douleurs : leur siège, leur rythme, l'influence des sollicitations mécaniques et des positions, la date et le mode de début, leurs modalités évolutives. Il faut rechercher, dès ce stade, des éléments d'orientation diagnostique : irradiation en ceinture, amélioration par l'alimentation, sensibilité aux AINS, etc.

Il est également important d'apprécier le contexte psychologique.

II.1.2 Examen clinique

L'examen rachidien évalue :

- la statique du rachis thoracique et de l'ensemble du squelette axial ;
- la souplesse rachidienne en flexion et en extension (le rachis thoracique est le moins mobile des secteurs rachidiens) ;
- l'existence de points douloureux à la palpation médiane (épineuse et interépineuse) et paravertébrale bilatérale ;
- l'état de la musculature thoracique.

L'examen général s'intéresse plus particulièrement à l'examen pleuropulmonaire et cardiovasculaire, l'examen digestif (douleur épigastrique, pancréatique, etc.) et hépatique.

L'examen neurologique doit être extrêmement minutieux (bande d'hypoesthésie, syndrome lésionnel et sous-lésionnel, etc.).

II.1.3 Examens complémentaires

Contrairement aux lombalgies, en dehors de toute orientation diagnostique particulière, des examens complémentaires radiologiques doivent être effectués systématiquement : radiographies du rachis thoracique et, au moindre doute, recherche de signes biologiques d'inflammation (VS, CRP).

En fonction de l'orientation diagnostique, d'autres examens seront demandés : radiographie thoracique, scintigraphie, TomoDensitoMétrie, IRM, endoscopie gastrique, explorations cardiovasculaires, etc.

II.2 DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

II.2.1 Éliminer une dorsalgie symptomatique

Une dorsalgie symptomatique doit être systématiquement évoquée devant une dorsalgie, notamment aiguë.

Peuvent être en cause :

- une pathologie non rachidienne révélée par des dorsalgies :
 - cardiovasculaire : insuffisance coronarienne (angor, infarctus du myocarde), péricardite, anévrisme de l'aorte thoracique ;
 - pleuropulmonaire : cancer bronchique, pleurésie infectieuse ou par envahissement (mésothéliome, cancer bronchique), tumeur médiastinale ;
 - digestive : ulcère gastrique ou duodénal, affection hépatobiliaire, œsophagite, pancréatite ou gastrite, cancer de l'estomac, de l'œsophage, du pancréas ;
- une dorsalgie symptomatique d'une affection sous-jacente :
 - spondylodiscite infectieuse ou à germes banals ;
 - spondylarthropathie ;
 - fracture ostéoporotique ;
 - tumeur intrarachidienne : neurinome, épendymome, méningiome, etc. ;
 - tumeur maligne : métastase, myélome ;
 - tumeur bénigne : ostéoblastome, angiome vertébral, ostéome ostéoïde, etc. ;
 - maladie de Paget ;
- une hernie discale dorsale : exceptionnelle, elle se traduit par une douleur dorsale, plus ou moins vive, accompagnée d'un syndrome neurologique lésionnel (douleur en ceinture ou en hémiceinture) et sous-lésionnel de compression médullaire.

Au moindre doute, il faut faire des examens complémentaires.

II.2.2 Dorsalgies « statiques » ou « fonctionnelles »

En l'absence d'affection rachidienne ou viscérale, on évoque prudemment des dorsalgies « statiques » ou « fonctionnelles » qui pourraient être liées à une cyphoscoliose, à une dystrophie de croissance (maladie de Scheuermann) ou à des « troubles » musculaires.

II.2.2.1 Dorsalgies « statiques »

Les troubles statiques sont le plus souvent indolores, en particulier lors de leur constitution à l'adolescence, et il est hasardeux d'y rattacher les symptômes. Malgré tout, ils peuvent être responsables de douleurs du fait de lésions dégénératives dont ils favorisent la survenue dans la concavité des courbures.

Avant de les tenir pour responsables, il faut s'assurer de la présence de caractères sémiologiques rassurants (douleurs de rythme mécanique, siégeant en regard des lésions radiologiques, évoluant par poussées rythmées par les activités physiques).

II.2.2.2 Dorsalgies « fonctionnelles »

Lorsque l'interrogatoire et l'examen clinique n'orientent pas vers une dorsalgie symptomatique ou statique, le diagnostic retenu, par élimination, est souvent celui de dorsalgies fonctionnelles. Il s'agit d'une affection fréquente (5 % à 10 % des consultations en rhumatologie) dont l'origine reste imprécise, associant souffrance musculaire et facteur psychologique. Elle s'observe surtout chez les femmes jeunes, en particulier avec activités professionnelles contraignantes pour le rachis thoracique (secrétaires, couturières, coiffeuses, etc.). On la nomme d'ailleurs aussi « dorsalgie bénigne des femmes jeunes ».

II.3 TRAITEMENT

En dehors des causes viscérales ou rachidiennes symptomatiques qui nécessitent un traitement spécifique, la prise en charge thérapeutique concerne essentiellement les dorsalgies dites fonctionnelles. L'évolution en est souvent longue, les douleurs tenaces et rebelles au traitement symptomatique, mais elles finissent par disparaître spontanément.

Le traitement consiste en une prise en charge psychologique, une rééducation sédatrice et de renforcement des muscles paravertébraux, une éventuelle modification de l'ergonomie au travail, lorsqu'elle est possible. Les antalgiques sont utiles lors des poussées douloureuses.

III LOMBALGIES

On nomme lombalgies communes les douleurs liées à l'arthrose vertébrale. Elles s'opposent aux lombalgies symptomatiques, révélatrices d'affections plus rares méritant d'être reconnues précocement.

III.1 INTERROGATOIRE

L'interrogatoire doit répondre à cinq questions.

III.1.1 Siège de la douleur

- Douleur lombaire basse, débutant à la jonction lombosacrée, plus rarement sacrococcygienne.
- Recherche d'irradiations : fesse, face postérieure de la cuisse, membre inférieur, fosse iliaque, région hypogastrique, pli inguinal.

III.1.2 Rythme de la douleur

- « Mécanique » : diurne, augmentant avec l'activité.
- « Inflammatoire » : nocturne, réveil matinal prématuré.

III.1.3 Influence des sollicitations mécaniques rachidiennes

Les lombalgies communes sont accentuées par le port de charge, les efforts, la station debout, la station assise prolongée. Seul le repos en décubitus diminue les contraintes et soulage les douleurs.

On recherche une exacerbation des douleurs par les efforts de toux, ou de défécation.

III.1.4 Mode de début et évolution des douleurs

On distingue les lombalgies aiguës et chroniques. Une évolution se faisant vers une aggravation progressive, résistant au traitement médical, peut être inquiétante.

III.1.5 Antécédents lombalgiques

La plupart des malades souffrant de lombalgies communes ont eu des épisodes douloureux lombaires banals, régressifs, peu invalidants. Plus inquiétantes sont les douleurs lombaires inaugurales, motivant une consultation dès le premier épisode.

III.2 EXAMEN PHYSIQUE

Le malade est debout, examiné de profil et de dos :

- recherche d'un trouble de la statique rachidienne, dans le plan sagittal (hyperlordose lombaire, plus rarement cyphose) et frontal (scoliose, attitude scoliothique) ;
- étude des mobilités du rachis lombaire ;
- recherche de contractures musculaires paravertébrales et de points douloureux à la palpation rachidienne ;

- recherche de signes de souffrance radiculaire ;
- recherche d'un syndrome cellulo-téno-myalgique, de signes de souffrance des articulations sacro-iliaques et coxofémorales ;
- examen général.

Au terme de cet examen clinique, aucun examen complémentaire ne doit être systématiquement demandé s'il n'y a pas d'orientation clinique précise le justifiant.

III.3 TECHNIQUES D'IMAGERIE DU RACHIS LOMBAIRE

Les radiographies simples doivent toujours être réalisées avant toute autre imagerie. Elles apprécient la statique rachidienne, la dégénérescence discale, montrent les anomalies morphologiques congénitales ou acquises et la plupart des lombalgies symptomatiques.

Elles peuvent être complétées, selon le cas, par un scanner, une Imagerie par Résonance Magnétique ou une scintigraphie osseuse. Les autres explorations (saccoradiculographie, discographie) ont des indications très limitées.

III.4 LOMBALGIES COMMUNES

III.4.1 Épidémiologie

Les lombalgies communes sont extrêmement fréquentes car 60 % à 90 % de la population adulte en souffre ou en a souffert. La prévalence est maximale entre cinquante-cinq et soixante-cinq ans.

Les efforts répétés, les antécédents de traumatisme, les vibrations, le tabagisme, l'alcoolisme, un bas niveau social et d'éducation, l'instabilité familiale et professionnelle, les antécédents de maladies psychosomatiques sont des facteurs favorisants. L'insatisfaction au travail est un facteur essentiel augmentant la fréquence et le risque de chronicité.

III.4.2 Lumbago

III.4.2.1 Définition

Le lumbago, ou lombalgie aiguë, est le tableau le plus fréquent. Il se caractérise par une douleur lombaire basse, survenant de façon brutale à l'occasion d'un effort, avec sensation de blocage, et s'accompagne d'une impotence fonctionnelle majeure, la douleur parfois intense pouvant n'être soulagée qu'en décubitus. Les efforts de toux et de défécation sont souvent à l'origine de paroxysmes douloureux.

L'examen clinique montre souvent une attitude antalgique. La limitation des mobilités est importante mais, fait essentiel, élective ou largement prédominante dans un ou deux secteurs. L'examen clinique doit rechercher des signes d'irritation radiculaire et des signes neurologiques déficitaires des membres inférieurs ou périnéaux, qui n'existent pas dans le lumbago. À noter que la manœuvre de Lasègue peut provoquer une douleur, mais dans la région lombaire et non pas selon un trajet radiculaire.

III.4.2.2 Examens complémentaires

Selon l'HAS1, il n'y a pas lieu de faire d'examen d'imagerie devant une lombalgie de moins de sept semaines d'évolution (donc devant un lumbago), sauf lorsque certains éléments amènent à rechercher une lombalgie symptomatique (fracture vertébrale, néoplasie, infection) ou lorsque les modalités du traitement choisi (manipulation vertébrale) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique.

Donc, en pratique :

- soit le lumbago est typique et on ne fait pas de bilan complémentaire ;
- soit il existe des éléments pouvant faire discuter une fracture vertébrale, notamment ostéoporotique (facteurs de risques d'ostéoporose, sujet âgé) et on réalise des clichés radiographiques ;
- soit il existe des éléments pouvant faire craindre une pathologie tumorale ou infectieuse (antécédents néoplasiques, âge supérieur à cinquante ans, immunodépression, altération de l'état général, fièvre, douleur d'horaires inflammatoire, résistance au traitement...) et on fait des radiographies simples, une vitesse de sédimentation, une numération-formule sanguine, éventuellement une protéine C réactive.

1. HAS, 2000. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution :

http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272083

III.4.2.3 Évolution

L'évolution se fait, dans la très grande majorité des cas, vers la régression en quelques jours, même s'il persiste des lombalgies épisodiques.

III.4.2.4 Traitement

Le traitement du lumbago est toujours médical. Le repos n'est pas un traitement du lumbago. Il est parfois imposé par l'intensité des douleurs, mais doit être le plus bref possible et ne doit pas être prescrit systématiquement. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable (HAS, 2000).

Le traitement médicamenteux symptomatique peut associer antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, myorelaxants. Les massages et la rééducation n'ont pas de place à la phase aiguë.

Les manipulations vertébrales peuvent être efficaces, mais ne peuvent être réalisées que si des clichés radiographiques ont été réalisés et si le diagnostic de lombalgie commune est certain.

Dans de rares cas, la persistance d'une douleur intense peut justifier des infiltrations péridurales de dérivés corticoïdes.

La persistance anormale d'une incapacité fonctionnelle marquée peut justifier la confection d'une orthèse lombaire (lombostat rigide, plâtré ou en résine). Le port d'une ceinture de soutien lombaire en coutil baleiné, à l'occasion des efforts professionnels ou

de loisir, peut être utile dans les formes récidivantes.

Il n'y a pas de place pour le traitement chirurgical dans le lumbago, y compris si un scanner ou une IRM a montré une hernie discale. 1. HAS, 2000. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution : (http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272083 : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272083)

III.5 LOMBALGIES COMMUNES CHRONIQUES

III.5.1 Définition

La lombalgie chronique se définit par la persistance de douleurs lombaires invalidantes au-delà de trois mois. Elle est rare (5 %), mais c'est la forme grave de la lombalgie commune du fait de son retentissement socioprofessionnel et économique. Elle survient le plus souvent chez des sujets aux antécédents de lumbago (ou lombosciatique) à répétition, laissant persister une douleur lombaire permanente. Mais elle peut être inaugurale, survenant progressivement sans facteur déclenchant.

III.5.2 Examen clinique

L'interrogatoire est évocateur de par le siège de la douleur (lombaire bas), son rythme mécanique, son mode évolutif (à l'inverse du lumbago, elle entrave peu les activités). L'examen clinique est pauvre : douleurs lombaires, irradiant souvent dans les fesses, parfois la partie postérieure des cuisses, sans topographie radiculaire précise ; limitation modérée des mobilités, globale ou plus souvent élective ; points douloureux électifs à la palpation. La manœuvre de Lasègue réveille la douleur lombaire. Il n'y a pas de signe neurologique ou général.

III.5.3 Examens complémentaires

La pratique de radiographies simples du rachis lombaire (au minimum face et profil, éventuellement de trois quarts) est recommandée en première intention par l'HAS¹ (figure 29.2). Elles montrent dans la grande majorité des cas des lésions d'arthrose lombaire, sans aucun parallélisme radioclinique. Il est rare qu'elles soient normales, mais les anomalies peuvent être discrètes, contrastant avec un tableau clinique sévère. L'intérêt principal est de confirmer l'absence de lésions évoquant une lombalgie symptomatique. Des clichés de sacro-iliaques ou de la charnière thoracolombaire peuvent être demandés en cas de suspicion de spondylarthropathie.

Des examens biologiques simples destinés à s'assurer de l'absence de signes biologiques d'inflammation sont justifiés au moindre doute clinique.

Un scanner ou une IRM (préférer l'IRM, non irradiante) peuvent être demandés de façon exceptionnelle afin d'éliminer une lombalgie non commune (HAS, 2000). Ils doivent être précédés par des radiographies simples.

Un cas particulier est représenté par les lombalgies persistantes et aggravées dans les

suites d'un traitement invasif (nucléotomie percutanée, discectomie chirurgicale). Le plus souvent, elles sont liées à l'aggravation de l'arthrose lombaire. Mais il faut redouter une complication infectieuse iatrogène (spondylodiscite), s'assurer de l'absence de signes biologiques d'inflammation et, au moindre doute, demander une IRM. Il n'est pas recommandé d'effectuer des nouveaux examens dans l'année qui suit les premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indication d'une thérapeutique nouvelle (par exemple, manipulation) (HAS, 2000).

Fig. 29.2. Discopathie L5-S1 à la radiographie standard.



1. HAS, 2000. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique : (http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_271859 : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_271859)

III.5.4 Évolution spontanée

L'évolution spontanée est, dans la grande majorité des cas, favorable et il est important d'en avertir les malades. Il est exceptionnel qu'elle conduise à une invalidité marquée dans les activités quotidiennes. Elle peut conduire à un handicap sévère dans les activités professionnelles lorsque celles-ci nécessitent une sollicitation importante du rachis. C'est ce qui fait l'importance du retentissement socio-économique en particulier chez les travailleurs de force et justifie son traitement précoce et aussi efficace que possible.

III.5.5 Traitement des lombalgies communes chroniques

Le traitement médicamenteux est uniquement symptomatique, par voie locale ou générale (HAS, 2000) :

- les médicaments antalgiques peuvent être proposés, en commençant par des antalgiques de classe I à posologie optimale ;
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les myorelaxants sont réservés aux poussées subaiguës ;
- les infiltrations péridurales de dérivés corticoïdes peuvent être utiles lors des poussées ;
- la corticothérapie générale n'a aucune place ;
- le traitement médicamenteux peut faire appel aux tricycliques, les lombalgies

- chroniques ayant un retentissement psychologique quasi-constant ;
- des techniques physiques de relaxation, une psychothérapie ou une thérapie comportementale peuvent être utiles ;
 - le repos doit être limité et non inutilement poursuivi ;
 - les massages, la physiothérapie ont peu d'indications ;
 - les tractions vertébrales n'ont d'intérêt que lors des poussées subaiguës ;
 - les manipulations vertébrales peuvent avoir un effet antalgique à court terme. Elles doivent être réalisées dans les conditions notées plus haut ;
 - le soutien lombaire par une ceinture de maintien en tissu baleiné peut contribuer au soulagement des douleurs et à la reprise des activités, mais ne doit pas être un traitement de première intention. L'immobilisation en corset rigide n'a pas d'intérêt ;
 - le thermalisme peut être proposé car il a un effet antalgique et contribue à restaurer la fonction.

La rééducation est un élément essentiel du traitement : rééducation active avec gymnastique de renforcement des muscles du tronc et du segment lombopelvien, étirements, entretien articulaire lombaire, correction des troubles statiques (techniques d'adaptation posturale), apprentissage des techniques d'ergonomie rachidienne (verrouillage de la charnière lombo-sacrée en particulier). Le succès de cette rééducation nécessite l'éducation du patient, sa formation à des techniques à effectuer seul et, surtout, son implication active pour poursuite ultérieure de ces exercices à domicile. Une série initiale de quinze séances en moyenne est suffisante.

Des prises en charge multidisciplinaires associant des séances d'éducation et de conseil, des exercices physiques intensifs et une prise en charge psychologique sont recommandés (HAS, 2000). La chirurgie doit rester d'indication tout à fait exceptionnelle. Les interventions proposées sont, le plus souvent, des arthrodèses intervertébrales. Les résultats, à moyen et long terme, sont inconstants et on risque d'aggraver l'état du malade et d'entraîner une invalidité plus sévère.

III.5.6 Lombalgies d'origine articulaire postérieure

Elles font partie des lombalgies communes, mais méritent d'être individualisées du fait de certaines particularités cliniques et évolutives.

III.5.7 Particularité clinique : le syndrome trophostatique de la post-ménopause

C'est la forme typique associant, chez les femmes, un excès pondéral, une hypercyphose dorsale et une hyperlordose lombaire par relâchement musculoligamentaire, entraînant une augmentation des contraintes à la partie postérieure du rachis, génératrice d'arthrose interapophysaire postérieure.

Les douleurs lombaires basses irradient souvent aux fesses, aux cuisses, parfois aux jambes, mais sans atteindre le pied. Elles débutent souvent de façon insidieuse et évoluent d'emblée sur un mode chronique. Elles sont volontiers à type de brûlures, aggravées par les contraintes mécaniques, parfois exacerbées en fin de nuit et au réveil

car le décubitus dorsal majore la lordose lombaire. L'examen clinique est généralement pauvre. Il est fréquent de trouver dans le territoire douloureux, un syndrome cellulomyalgique : cellulalgie douloureuse à la manœuvre du pincé-roulé, cordons indurés douloureux à la palpation des masses musculaires.

III.5.7.1 Intérêt des examens complémentaires

Les lésions d'arthrose interapophysaire postérieure sont objectivées par les radiographies du rachis lombaire de face et de profil.

Un pseudo-spondylolisthésis, dû à l'usure des articulations interapophysaires postérieures arthrosiques, est fréquent en L4-L5 ou L3-L4 (figure 29.3).

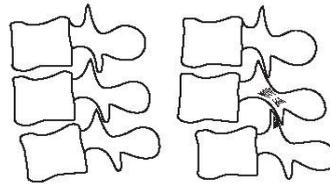


Fig. 29.3. Rachis lombaire normal et pseudo-spondylolisthésis par arthrose interapophysaire postérieure.

III.5.7.2 Évolution, traitement

Les lombalgies d'origine articulaire postérieure sont rarement responsables d'épisodes aigus hyperalgiques, mais elles ont une évolution chronique. Le traitement médical symptomatique de première intention est le même que dans les lombalgies communes chroniques. Lorsqu'il est insuffisant, les infiltrations articulaires postérieures de dérivés corticoïdes peuvent être efficaces.

Le traitement de choix est un traitement physique : lutte contre l'excès pondéral, gymnastique de musculation du tronc, apprentissage des techniques d'adaptation posturale en position de délordose lombaire. Les manipulations vertébrales y ont une indication de choix. Le port d'une ceinture de soutien lombaire peut être utile. Le traitement chirurgical n'a que des indications très exceptionnelles. Parfois, on propose de détruire l'innervation de ces articulations par une sonde thermique introduite par voie percutanée sous contrôle radiologique (thermocoagulation articulaire postérieure).

III.6 LOMBALGIES SYMPTOMATIQUES

Les lombalgies symptomatiques sont rares (moins de 1 %), mais il faut y penser systématiquement car l'erreur diagnostique est lourde de conséquences.

III.6.1 Diagnostic

C'est la clinique qui permet de suspecter une lombalgie symptomatique. Les principaux éléments qui doivent alerter sont :

- le début progressif, insidieux, et l'absence de facteur déclenchant ;
- les atypies topographiques de la douleur : lombaire haute, caractère étendu ;

- le rythme atypique des douleurs : nocturnes, dans la seconde partie de la nuit ;
- l'intensité, la ténacité des douleurs, particulièrement leur aggravation progressive ;
- l'absence d'antécédents de lombalgies, surtout chez le sujet âgé ;
- l'existence d'une raideur globale et intense du rachis lombaire à l'examen.

Il faut tenir compte des données de l'examen général (antécédents suspects, asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre, lésions cutanées, tumorales, etc.).

La pratique de radiographies du rachis lombaire et d'examens biologiques est justifiée. D'autres examens complémentaires sont réalisés en fonction des orientations.

III.6.2 Lombalgies tumorales malignes (myélome, métastase)

Les radiographies peuvent montrer : une fracture vertébrale (« tassement vertébral »), une ostéolyse (par exemple, l'aspect de « vertèbre borgne » : disparition d'un pédicule sur le cliché de face), une déminéralisation diffuse (forme décalcifiante diffuse du myélome), ostéocondensation vertébrale. Elles peuvent être normales.

Lorsqu'elles sont anormales, il existe une indication d'imagerie complémentaire par tomodensitométrie ou, surtout IRM, qui confirme les lésions, précise leur localisation, montre leurs rapports avec les tissus mous prévertébraux et intracanaux.

Lorsque les radiographies sont normales, si le tableau clinique et/ou biologique laisse suspecter une lombalgie tumorale, on effectuera également une imagerie complémentaire.

III.6.3 Lombalgies tumorales bénignes

La plus fréquente est l'ostéome ostéoïde qui se révèle par des douleurs intenses, volontiers nocturnes, évoluant par crises de quelques heures, habituellement bien soulagées par l'aspirine ou les AINS. Il se traduit radiologiquement par une ostéocondensation intense localisée à une partie d'une vertèbre, centrée dans les cas typiques par une zone claire renfermant un îlot dense (image « en cocarde » du nidus). La scintigraphie osseuse montre une hyperfixation localisée intense et la TDM précise la lésion. Seule l'exérèse du nidus (chirurgicale ou percutanée) permet la guérison définitive.

Plus rarement il s'agit d'un neurinome, d'un méningiome ou d'un angiome vertébral.

III.6.4 Lombalgies infectieuses

Le plus souvent spondylodiscite, plus rarement spondylite pure (cf. chapitre 9 et figure 9.1).

III.6.5 Lombalgies « inflammatoires »

Ce sont les lombalgies des spondylarthropathies (cf. chapitre 35).

III.6.6 Lombalgies liées à une ostéopathie déminéralisante

Elles sont dues à l'ostéoporose, à l'ostéomalacie ou à d'autres ostéopathies fragilisantes. Les lombalgies liées aux fractures vertébrales (« tassements vertébraux ») sont la cause la plus fréquente.

Les lombalgies par fracture du sacrum surviennent surtout chez des sujets âgés (plus volontiers de sexe féminin), atteints ou non d'une ostéopathie décalcifiante diffuse. Le traumatisme causal (chute) est souvent minime. La survenue brutale des douleurs, leur localisation lombo-sacrée, l'importance du retentissement fonctionnel, leur caractère mécanique, doivent y faire penser. Les radiographies ne montrent pas toujours la fracture. La scintigraphie osseuse qui montre une hyperfixation sacrée intense, en « H » ou en « papillon » lorsque la fracture est bilatérale, et la TDM du sacrum sont les plus performantes. Il faut rechercher une fracture des pourtours du trou obturateur (ischio-et ilio-pubienne) souvent associée

III.6.7 Lombalgies extrarachiennes

Certaines affections extrarachiennes peuvent se révéler par des lombalgies. Leur caractéristique essentielle est l'absence d'anomalie rachidienne à l'examen clinique.

III.6.7.1 Anévrisme de l'aorte abdominale

Les lombalgies par anévrisme de l'aorte abdominale nécessitent un diagnostic précoce compte tenu de la gravité du pronostic à court terme. Deux tableaux cliniques sont individualisés : lombalgies aiguës traduisant une fissuration de l'anévrisme, très intenses, parfois dans un contexte de collapsus cardiovasculaire ; les lombalgies chroniques, souvent associées à des irradiations abdominogénitocruales évoluant par paroxysmes, de rythme inflammatoire, témoignant de fissurations répétées spontanément colmatées. Des signes généraux peuvent être associés (amaigrissement, fébricule, anémie, signes biologiques d'inflammation). L'échographie abdomino-pelvienne et la TDM confirment le diagnostic.

III.6.7.2 Lombalgies liées à une pathologie urinaire

Des lombalgies hautes, souvent latéralisées (angle costolombaire), irradiant dans le flanc, voire aux organes génitaux externes, peuvent révéler des affections rénales : lithiase rénale chronique, hydronéphrose, tumeur rénale. L'échographie rénale et l'urographie intraveineuse précisent le diagnostic.

III.6.7.3 Autres étiologies de lombalgies extrarachiennes

Les examens justifiés par l'orientation clinique permettent d'identifier l'affection en cause : tumeurs digestives (gastriques, rectocoliques ou pancréatiques), pancréatite chronique, tumeurs pelviennes, adénopathies pré-rachiennes, fibrose rétropéritonéale.

IV ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- AINS : Anti inflammatoires Non Stéroïdiens
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- TDM : TomoDensitoMétrie