

Item 215 : Rachialgies (Évaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°4

Scénario :

Madame D., soixante-huit ans, est lombalgique chronique depuis quinze ans, mais elle n'a jamais consulté pour cela. Jusqu'alors, la gêne était modérée et ne l'empêchait pas de vivre normalement. Elle présente depuis trois semaines, peut être après une marche prolongée, une douleur fessière (pygalgie) importante, d'intensité progressivement croissante. La douleur est permanente mais augmentée au moindre mouvement, par la toux et par l'éternuement. La patiente reste le plus souvent au lit du fait de son intensité. Dans ses antécédents, vous notez :

- sur le plan personnel : une phlébite au décours de son premier accouchement, à vingt-cinq ans ; un problème cutané prurigineux évoluant par poussée depuis deux ans et pour lequel elle pense qu'on lui a parlé de psoriasis ; une hypertension artérielle traitée par Adalate (nifédipine) ; une infection urinaire basse il y a deux mois traitée par une quinolone dont elle a oublié le nom ;
- dans sa famille : une polyarthrite rhumatoïde chez sa mère ; un cancer du colon chez son père.

À l'examen, vous observez une douleur à la palpation lombaire basse, surtout en région paravertébrale droite. Il y a une limitation du rachis lombaire dans toutes les directions que la patiente dit avoir toujours eu. C'est en fait surtout debout qu'elle a mal, à l'appui, et non au mouvement ni au lit sans bouger. L'examen neurologique est normal. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'examen cutané trouve au niveau des deux cuisses l'éruption citée dans les antécédents (cliché ci-dessous).

Elle est érythémateuse, discrètement en relief, s'effaçant à la vitropression, non squameuse et réapparaît tous les mois environ, durant quelques jours, pouvant être tantôt à un bras tantôt à un autre, parfois au tronc. Voir photo dans le cahier couleur (cas clinique 4.1).



L'examen général est normal : pas de fièvre, pas d'adénopathie palpable, pas d'hépatosplénomégalie. Sur une prise de sang faite il y a huit jours, vous notez : VS : 65 mm à la première heure ; CRP : 35 mg/l ; leucocytes : 4 800/mm³ ; hémoglobine : 14 g/dl ; plaquettes : 160 000/mm³ ; créatininémie : 86 μmoles/l.

QUESTION 1/5 :

Concernant la fessalgie (pygalgie), quels diagnostics pouvez-vous évoquer ? Argumentez et critiquez chaque proposition. Au niveau cutané, quel est votre diagnostic ? Les deux pathologies sont-elles liées ?

Réponse attendue :

- Soit le syndrome inflammatoire est lié à la pathologie rachidienne, et on évoque
 - spondylodiscite infectieuse (car : antécédent d'infection urinaire, rachialgies inflammatoires avec syndrome rachidien global et syndrome inflammatoire biologique) ;
 - métastase, lymphome, myélome ;
 - rhumatisme psoriasique ou spondylarthropathie ;
 - arthrite interapophysaire infectieuse ;
 - sacro-iliite infectieuse.
- Soit le syndrome inflammatoire est indépendant de la pathologie rachidienne, et on évoque :
 - un syndrome inflammatoire de cause non rhumatologique ;
 - une lombarthrose ancienne ;
 - une possible fracture (vertébrale ? du sacrum ? du bassin ?).

Au niveau cutané :

- urticaire (érythémateuse, prurigineuse fugace) ;
- pas de psoriasis, car non squameux (certains psoriasis peuvent être prurigineux).

A priori, les deux pathologies sont des phénomènes indépendants.

QUESTION 2/5 :

Quels sont les diagnostics qu'il faut absolument éliminer en priorité ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

- Une spondylodiscite infectieuse, car elle impose un traitement précoce par antibiotiques pour éviter les séquelles, après identification du germe (hémocultures, ponction) pour ne pas décapiter l'infection.
- Métastase, myélome ou lymphome car potentiellement grave : risque local (compression radiculaire ou médullaire) et général (hypercalcémie, anémie).

QUESTION 3/5 :

Vous décidez d'obtenir une radiographie du rachis lombaire de face et de profil en urgence (cliché ci-dessous). Quels autres examens complémentaires demandez-vous en première intention ? Quels délais peut-on autoriser avant leur réalisation ?



Réponse attendue :

- Hémocultures en urgence.
- Ionogramme, urée, créatinine en urgence.
- Calcémie en urgence.
- Électrophorèse des protéines en différé.
- Radiographie pulmonaire en différé.
- Bilan hépatique, coagulation en différé.
- Intradermoréaction à la tuberculine en différé.

QUESTION 4/5 :

Quelle interprétation donnez-vous du cliché ? Du fait du résultat de la radiographie, quel diagnostic vous paraît le plus probable ? Justifiez.

Réponse attendue : Coxarthrose droite sans autre anomalie visible. Ce cliché n'apporte pas d'aide au diagnostic actuel.

QUESTION 5/5 :

Vous retrouvez finalement une infection urinaire haute qui peut à elle seule au moins expliquer le syndrome inflammatoire. Vous demandez une scintigraphie osseuse (cliché ci-dessous). Cet examen était-il plus logique qu'une IRM ? Que concluez-vous ?



Réponse attendue :

L'avantage de la scintigraphie est qu'elle permet une exploration régionale pour détecter la zone pathologique, notamment lorsqu'on hésite entre une pathologie rachidienne et du bassin du fait de la pauvreté de l'examen clinique et des radiographies. L'examen est en revanche peu spécifique et scanner ou IRM sont souvent nécessaires pour confirmer le diagnostic précis.

Ici, l'aspect de fixation en « H » (ou en « ailes de papillon ») est hautement évocateur d'une fracture du sacrum, en général ostéoporotique.

On peut ici ne pas faire d'autres examens complémentaires morphologiques si la patiente guérit de son infection urinaire sous antibiotique et que les douleurs disparaissent avec le repos. Le traitement est surtout fondé sur le repos.

Un bilan est nécessaire pour confirmer l'ostéoporose (ostéodensitométrie et bilan biologique dont au minimum : calcémie, phosphatémie, calciurie, électrophorèse des protéines, phosphatases alcalines).

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°7

Scénario :

Madame G., soixante-quatre ans, ouvrière, vient vous consulter pour une lombalgie irradiant dans la fesse gauche et, parfois, le long de la cuisse sur sa face postérieure jusqu'au tendon d'Achille. Son principal antécédent est un asthme qui justifie parfois la prise de cortisone. Elle a un syndrome de Raynaud depuis sa ménopause, survenue il y a quinze ans. Elle signale par ailleurs qu'elle a eu une tendinite d'Achille gauche il y a deux ans. La douleur actuelle est apparue il y a huit jours, immédiatement après un effort de soulèvement au cours du travail. Il s'agit d'une douleur lombaire basse, irradiant à la face postérieure de la cuisse et du mollet gauche, et à la plante du pied. Elle est aggravée par les efforts, soulagée par le repos, impulsive à la toux. Elle semble stable depuis le début. L'examen clinique montre un signe de Lasègue lombaire à gauche à 45°, une colonne lombaire enraidie et douloureuse à la palpation.

QUESTION 1/5 :

Quelles données d'interrogatoire et d'examen clinique vous semblent indispensables à recueillir pour avancer dans cette observation ?

Réponse attendue :

- Antécédents (lombalgie aiguë ou lombosciatique) et signes discaux (attitude antalgique, syndrome rachidien dissocié ou non).
- Antécédents infectieux (notamment fièvre, frissons, sueurs nocturnes, porte d'entrée) pour éliminer une spondylodiscite.
- Antécédents de pathologie osseuse (fracture) ou facteurs de risque.
- Antécédent néoplasique ou signes d'examen en faveur d'une néoplasie actuelle (perte de poids, anorexie, asthénie...).
- Déficit neurologique : sphincter, moteur (talon, pointe) et sensitif.
- Perte de taille (pour tassement).
- Pour un autre diagnostic moins vraisemblable : signes de spondylarthropathie (sacro-iliaque, psoriasis, diarrhée, uvéite...).

QUESTION 2/5 :

Quels diagnostics envisagez-vous, du plus probable au moins probable ? Donnez les arguments pour et contre chacun d'entre eux.

Réponse attendue :

- Lombosciatique commune : c'est le plus vraisemblable (sous réserve des données ci-dessus) car horaire mécanique et signes discaux (impulsivité, Lasègue).

- Fracture ostéoporotique (ou non) : peu probable mais il existe une notion de terrain (âge, ménopause, corticoïdes).
- Spondylarthropathie : très peu vraisemblable (horaire mécanique des lombalgies).

QUESTION 3/5 :

Vous faites des radiographies (clichés ci-dessous). Quel diagnostic vous paraît maintenant le plus vraisemblable ?



Réponse attendue :

Il s'agit de radiographies du bassin et du rachis lombaire. Il n'y a pas de fracture vertébrale, pas de sacro-iliite, pas d'ostéolyse. Il existe en revanche une discopathie L5-S1 avec une discarthrose.

QUESTION 4/5 :

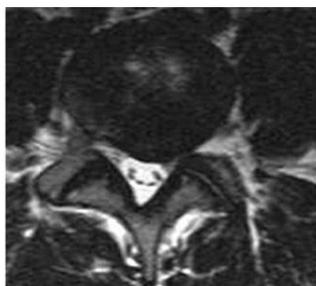
Si votre quête à la recherche d'autres signes est restée négative, pensez-vous que des examens complémentaires sont nécessaires ? Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? Si oui, lequel ? Justifiez.

Réponse attendue :

Radiographie éventuelle (âge) et sous réserve des données relevées en question A. Pas de scanner ou d'IRM (sous réserve de l'examen de la question A) ; idem pour la biologie.

QUESTION 5/5 :

Six mois plus tard, le tableau persiste et une aggravation est perceptible depuis quatre mois. Une IRM est réalisée (clichés ci-dessous ; coupe axiale en L5-S1).





Quelle interprétation faites-vous de l'IRM ? Quel traitement proposez-vous ?

Réponse attendue :

Hernie discale postéro-latérale (ou paramédiane) L5-S1 (sous réserve d'une éventuelle anomalie transitionnelle à vérifier en radiographie) gauche avec conflit disco-radulaire compatible avec la clinique.

Un geste chirurgical peut raisonnablement être envisagé.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°17

Scénario :

Madame Q., âgée de soixante-six ans, ménopausée à l'âge de quarante-neuf ans, sans antécédents, est hospitalisée pour un épisode de lombalgie aiguë survenu il y a trois semaines en portant une bouteille de gaz. La douleur, intense la première semaine, s'était atténuée grâce au repos au lit et à un traitement par Profénid, mais est redevenue très invalidante après un effort de toux la veille, motivant l'hospitalisation.

L'interrogatoire ne retrouve pas de notion de perte de poids, d'anorexie, d'asthénie ou de fièvre. Son seul antécédent est un cancer du sein considéré comme guéri après tumorectomie et radiothérapie. Elle signale qu'elle a eu des périodes alternées de boulimie et d'anorexie.

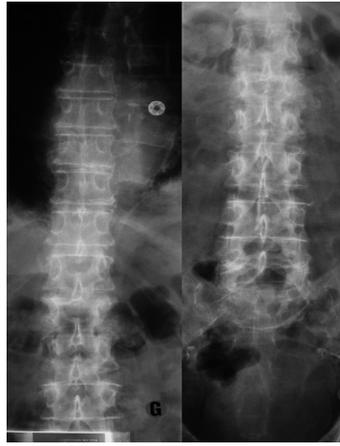
À l'examen clinique, possible uniquement en décubitus, vous notez l'absence de déficit moteur ou sensitif, l'absence de syndrome pyramidal et l'absence de syndrome lésionnel. Les paires crâniennes sont normales. Il n'y a pas de syndrome cérébelleux. La palpation de la charnière thoraco-lombaire est douloureuse. L'examen des membres est normal.

L'examen cardiovasculaire, pleuropulmonaire, gastro-entérologique, endocrinien, la palpation des seins et l'examen ganglionnaire sont normaux.

Biologiquement, vous notez : calcémie : 2,32 mmol/l ; calciurie : 3,54 mmol/ 24 h ; phosphorémie : 1,20 mmol/l ; phosphaturie : 18 mmol/24 h ; VS : 7 mm ; phosphatases alcalines : 98 UI/l (N = 40-140) ; créatinine : 83 µmol/l ; numération- formule sanguine : normale.

Vous demandez des radiographies du rachis lombaire (clichés ci-dessous).





QUESTION 1/6 :

Quel est le diagnostic étiologique le plus probable ?

Réponse attendue :

Fractures vertébrales ostéoporotiques.

QUESTION 2/6 :

Quels éléments de l'examen clinique et de l'examen radiographique sont en faveur de ce diagnostic ?

Réponse attendue :

Clinique :

- terrain (femme ménopausée depuis plus de dix ans, avec période d'anorexie) ;
- début brutal, à l'effort, à deux reprises ;
- horaire mécanique ;
- syndrome rachidien global ;
- absence de signes neurologiques ;
- examen général normal.

(On ajouterait diminution de taille si elle était connue.)

Présence de tous les critères radiologiques suivants :

- fracture au-dessous de T5 (jamais atteint par l'ostéoporose au-dessus) ;
- contour net ;
- structure homogène ;
- mur postérieur respecté ;
- arc postérieur respecté ;
- au sein d'une déminéralisation globale.

QUESTION 3/6 :

Pensez-vous que d'autres examens sont nécessaires ?

Réponse attendue :

Électrophorèse des protéines sériques. Dans ce contexte, marqueurs tumoraux et scintigraphie osseuse peuvent être demandés.

QUESTION 4/6 :

Quelles prises de toxiques ou de médicaments à l'origine d'une telle affection recherchez-vous par l'interrogatoire ?

Réponse attendue :

Corticoïdes, tabac, alcool, hormones thyroïdiennes, hormonothérapie (agoniste du GnRH, inhibiteur de l'aromatase) pour le cancer du sein, héparine, certains diurétiques.

QUESTION 5/6 :

Pensez-vous qu'un traitement par biphosphonate est indiqué dans ce cas ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

Zona.

QUESTION 6/6 :

Vous revoyez Madame Q. six mois plus tard pour une dorsalgie, survenue cette fois-ci progressivement. L'examen clinique ne retrouve pas de douleur à la palpation du rachis qui est néanmoins enraidie globalement. Sur le plan cutané, vous observez des lésions qui vous font douter du rôle de l'ostéoporose dans sa survenue (clichés ci-dessous).

Voir photos dans le cahier couleur (cas cliniques 17.3 et 17.4).



Quel diagnostic évoquez-vous ? *Réponse attendue :*

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°22

Scénario :

Monsieur V., soixante-huit ans, présente des douleurs dans les membres inférieurs depuis quelques mois. Ces douleurs sont exacerbées par la marche qui est limitée à 500 mètres. Le patient est soulagé en position assise et dort en chien de fusil car le décubitus dorsal prolongé lui est intolérable. Les douleurs irradient dans les fesses, à la face postérieure des cuisses ainsi qu'à la face postérieure des deux jambes. Il vit dans son pavillon de banlieue avec sa femme et consacre la plupart de son temps au jardinage, qu'il continue à pratiquer car il a remarqué que ça le soulageait.

Comme antécédents, vous trouvez une surcharge pondérale, une hypertension artérielle traitée efficacement par Chronodalate, ainsi qu'un tabagisme chronique non sevré à 50 paquets-années. Il pèse 80 kg pour 1,70 m.

QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel est le principal diagnostic différentiel ?

Réponse attendue :

Canal lombaire rétréci. Diagnostic différentiel : claudication vasculaire par artérite des membres inférieurs, car c'est l'autre étiologie principale des claudications à la marche et on note chez ce patient un terrain vasculaire (tabac, hypertension artérielle).

QUESTION 2/6 :

Que recherchez-vous avec attention à l'examen clinique ?

Réponse attendue :

- Pouls périphériques et souffles fémoraux, poplités et abdominal.
- Douleurs des membres à l'examen du rachis.

QUESTION 3/6 :

Quel est votre bilan radiologique ?

Réponse attendue :

- Radiographies du rachis lombaire de face et de profil.
- Doppler artériel des membres inférieurs.

QUESTION 4/6 :

Quel traitement proposez-vous au patient ?

Réponse attendue :

- Repos relatif selon la douleur.
- Rééducation en délordose.

QUESTION 5/6 :

Le patient revient un mois plus tard à votre consultation. Les douleurs n'ont été soulagées que transitoirement par votre traitement et ont repris il y a une semaine.

Cette fois-ci, il signale des fourmillements dans les pieds, une faiblesse dans les deux jambes et des difficultés à uriner. Un scanner lombaire a déjà été réalisé sur les conseils de son cousin médecin (cliché ci-dessous : image passant par L4-L5).



Quel diagnostic retenez-vous ?

Réponse attendue :

Syndrome de la queue de cheval, certainement expliqué par le canal lombaire étroit visible sur cette coupe axiale de scanner.

QUESTION 6/6 :

Quelle est votre attitude en urgence ?

Réponse attendue :

- Examen clinique complet.
- IRM en urgence pour évaluer l'étendue de la compression.
- Chirurgie décompressive.