

**ENONCE**

Une femme de 64 ans, 1,62 m, 46 kg, a consulté pour des douleurs lombaires apparues brutalement, il y a six jours, alors qu'elle portait un cageot. Elle avait depuis deux ans, une lombalgie associée à des douleurs des membres inférieurs, selon un trajet L5 et étiquetées radiculalgies L5. Les lombalgies étaient d'horaire mécanique, non impulsives, avec une irradiation aux membres inférieurs, à la marche uniquement, avec une sensation de fourmillements limitant le périmètre de marche à 200 mètres. Ces irradiations disparaissaient progressivement à l'arrêt pour reprendre à la marche. Depuis six jours, la douleur est différente, importante, autant quand la patiente est assise que quand elle est debout et accrue lorsqu'elle marche, uniquement au niveau lombaire. Au lit, par contre, lorsqu'elle est immobile, elle n'a pratiquement pas mal. La douleur est localisée à la région lombaire basse, sans irradiation aux membres inférieurs. Cette malade est ménopausée, naturellement, depuis l'âge de 42 ans. Elle n'a pas eu de traitement hormonal de la ménopause. Elle a été traitée à 52 ans pour un cancer du sein droit par tumorectomie et radiothérapie. Elle est en bon état général. Le rachis lombaire est enraidit : indice de Schöber : 1,5 cm, distance doigt-sol : 40 cm. La percussion de l'épineuse de L3 est douloureuse. L'examen neurologique des membres inférieurs est normal. La palpation de la thyroïde, des fosses lombaires, des aires ganglionnaires est normale. Elle apporte des radiographies du rachis lombaire face et profil, pratiquées il y a 2 jours. Elle dispose d'un compte rendu d'un cliché du rachis lombaire effectué l'année passée qui concluait à l'absence d'anomalies notables. Elle a présentée à 58 ans, une fracture du poignet gauche après chute de sa hauteur. Elle a été opérée d'une prothèse de hanche droite l'an passé, pour coxarthrose sur dysplasie. Dans les suites opératoires, elle a eu une phlébite fémorale et une embolie pulmonaire. Elle est traitée par du Préviscan<sup>SR</sup> (Fluindione) et garde d'importants troubles veineux de la jambe. Elle prend par ailleurs du Débridat<sup>SR</sup> (Trimébutine) pour une colopathie spasmodique et signale une intolérance digestive à la consommation de laitages.

---

**QUESTION n°: 1**

Quels diagnostics évoquez-vous pour la douleur apparue il y a six jours ? Quelles sont les données de l'interrogatoire qui apportent des arguments en faveur des diagnostics évoqués ? Quels sont les signes cliniques qui sont en faveur de la nature bénigne de l'affection en cause ?

**REPONSES n°: 1**

Il s'agit d'une lombalgie aiguë pouvant être soit d'origine discale, soit d'origine osseuse (fracture vertébrale). Le fait que cette lombalgie survienne chez une femme de 66 ans, présentant des facteurs de risque d'ostéoporose (faible IMC, ménopause précoce non substituée, antécédents personnels de fracture du poignet) doit faire évoquer un tassement vertébral lombaire ostéoporotique. Le caractère mécanique des douleurs, l'absence de complications neurologiques, la normalité de l'examen général et notamment l'examen des organes pouvant être le siège de cancers se compliquant de métastases osseuses plaident pour la bénignité de ce tassement malgré l'antécédent de cancer du sein.

---

**QUESTION n°: 2**

Décrivez les anomalies radiographiques. Quels sont les critères radiologiques qui vous permettent d'affirmer le caractère bénin des anomalies vertébrales ?



**REPONSES n°: 2**

Les radiographies montrent une fracture du plateau supérieur de L3 avec diminution de plus de 20 % de hauteur des zones médianes et antérieures de la vertèbre par rapport au mur postérieur. Les corticales et notamment le mur postérieur sont intacts, l'apophyse épineuse et les pédicules sont bien visibles, la structure osseuse est homogène. Déminéralisation osseuse diffuse avec liseré de deuil.

---

**QUESTION n°: 3**

*Quel diagnostic évoquez vous pour la douleur plus ancienne du rachis lombaire et celle des membres inférieurs ? Quelles anomalies de la radiographie aurait-on pu attendre pour l'expliquer ?*

**REPONSES n°: 3**

Il s'agissait d'une claudication intermittente de la marche d'allure plutôt radiculaire, et donc le plus vraisemblablement expliquée par un canal étroit dégénératif. On aurait pu objectiver une sténose constitutionnelle (diminution de la distance interpédiculaire, sagittalisation des interlignes articulaires, brièveté des pédicules de profil, réduction de la surface de projection des trous de conjugaison) ou acquise (pincement discal, spondylolisthésis dégénératif, hypertrophie arthrosique des massifs articulaires).

---

**QUESTION n°: 4**

*Pensez-vous qu'il existe un lien entre les douleurs anciennes du rachis et la douleur apparue il y a 6 jours ?*

**REPONSES n°: 4**

Non, il n'y a pas de lien entre le canal étroit et l'ostéoporose.

---

**QUESTION n°: 5**

*Quel examen complémentaire aurait pu être réalisé lors de la fracture du poignet, pourquoi ?*

**REPONSES n°: 5**

Une ostéodensitométrie (absorptiométrie à rayons X, DXA) aurait dû être réalisée lors de la fracture du poignet car les études épidémiologiques ont montré que la fracture du poignet était souvent liée à l'ostéoporose : les femmes ayant eu une fracture du poignet ont une densité minérale osseuse abaissée et un risque de fractures ultérieures augmenté. Le diagnostic de l'ostéoporose à ce moment aurait pu permettre un traitement préventif de la survenue d'autres fractures ostéoporotiques.

---

**QUESTION n°: 6**

*Pourquoi doit-on effectuer des examens biologiques ? Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.*

**REPONSES n°: 6**

Il faut réaliser des examens biologiques pour éliminer une origine maligne et les causes d'ostéoporose

secondaire : ce bilan comprend : Numération formule sanguine, VS, électrophorèse des protéides sériques, créatininémie, calcémie, phosphorémie, calciurie, phosphaturie, créatininurie (urines des 24 heures, ou calcul des rapports calciurie et phosphaturie-créatininurie sur les urines du matin) dosage de la TSH, recherche de protéinurie de Bence Jones.

---

**QUESTION n°: 7**

*Quelle attitude thérapeutique proposez-vous, à court terme, pour calmer ses douleurs ? Quels traitements, au long cours, pourra-t-on lui proposer ? Argumentez l'attitude thérapeutique.*

**REPONSES n°: 7**

A court terme, il faut proposer à cette patiente un repos au lit pendant 8 à 10 jours. Si la malade observe le repos, les antalgiques de palier 1 ou 2 sont le plus souvent suffisants. Si besoin les morphiniques peuvent être utilisés. A la reprise de la marche, sur un tassement lombaire comme c'est le cas chez cette malade une ceinture lombaire baleinée, portée pendant une quinzaine de jours peut avoir un effet antalgique. Comme traitements au long cours, afin de prévenir la survenue de nouvelles fractures, le Traitement hormonal substitutif de la ménopause et les SERM (Raloxifène : Evista\* et Optruma\*) sont contre indiqués par les antécédents thromboemboliques et l'antécédent de cancer du sein (pour le THS). Devront être prescrits des bisphosphonates : (Alendronate : Fosamax\* ou Risédronate : Actonel\*). Du fait de l'insuffisance des apports calciques alimentaires, le bisphosphonate sera associé à la prise quotidienne de calcium et à des doses physiologiques de vitamine D3.

***Lombalgies chez une femme de 69 ans, ostéoporotique***

ITEM N° 56 : Ostéoporose

ITEM N° 279 : Radiculalgie et syndrome canalaire

ITEM N° 5 : Indications et stratégies des principaux examens d'imagerie

ITEM N° 66 : thérapeutiques antalgiques médicamenteuses (P) et non médicamenteuses