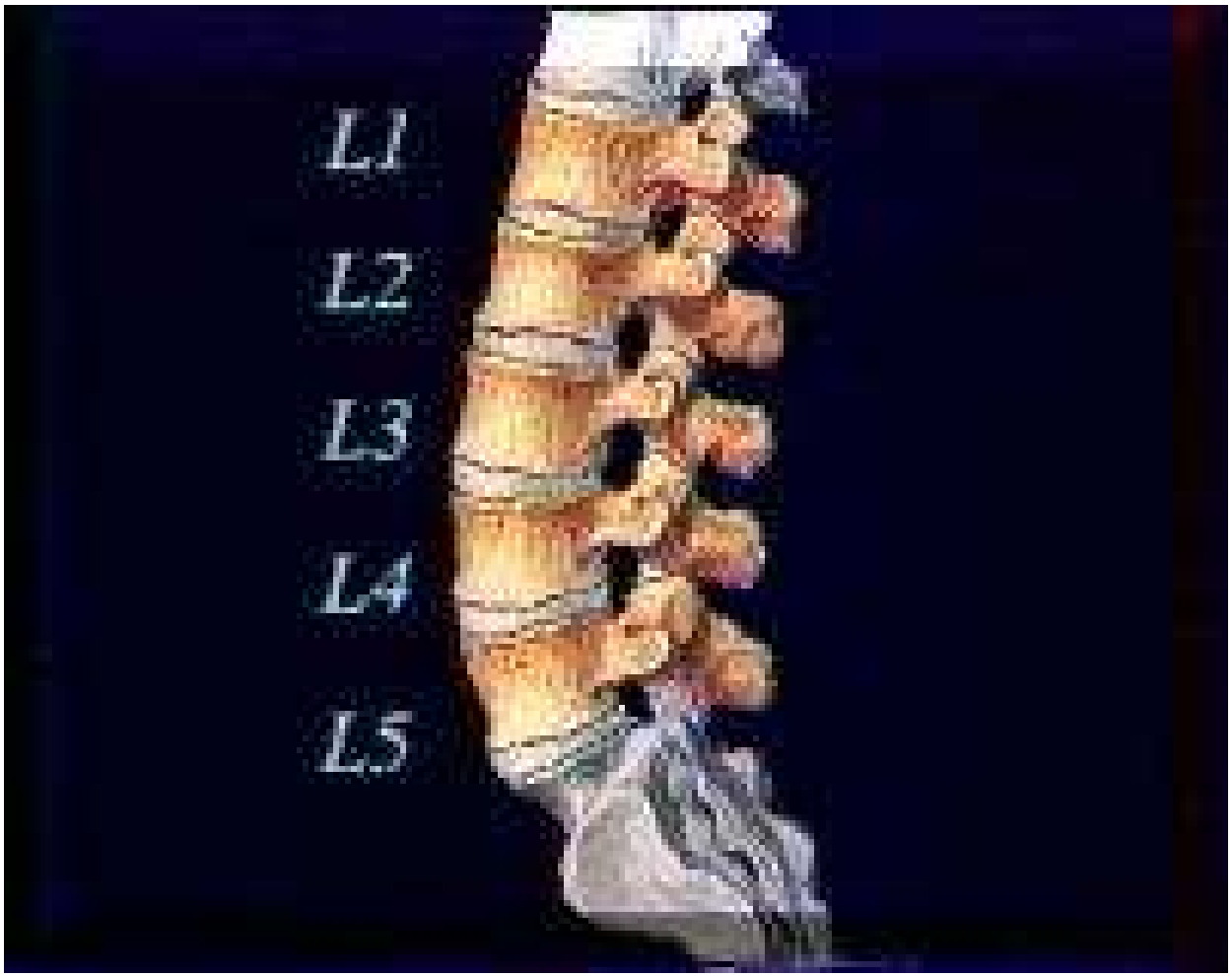
LES LOMBALGIES

Pr.L.ACHEMLAL



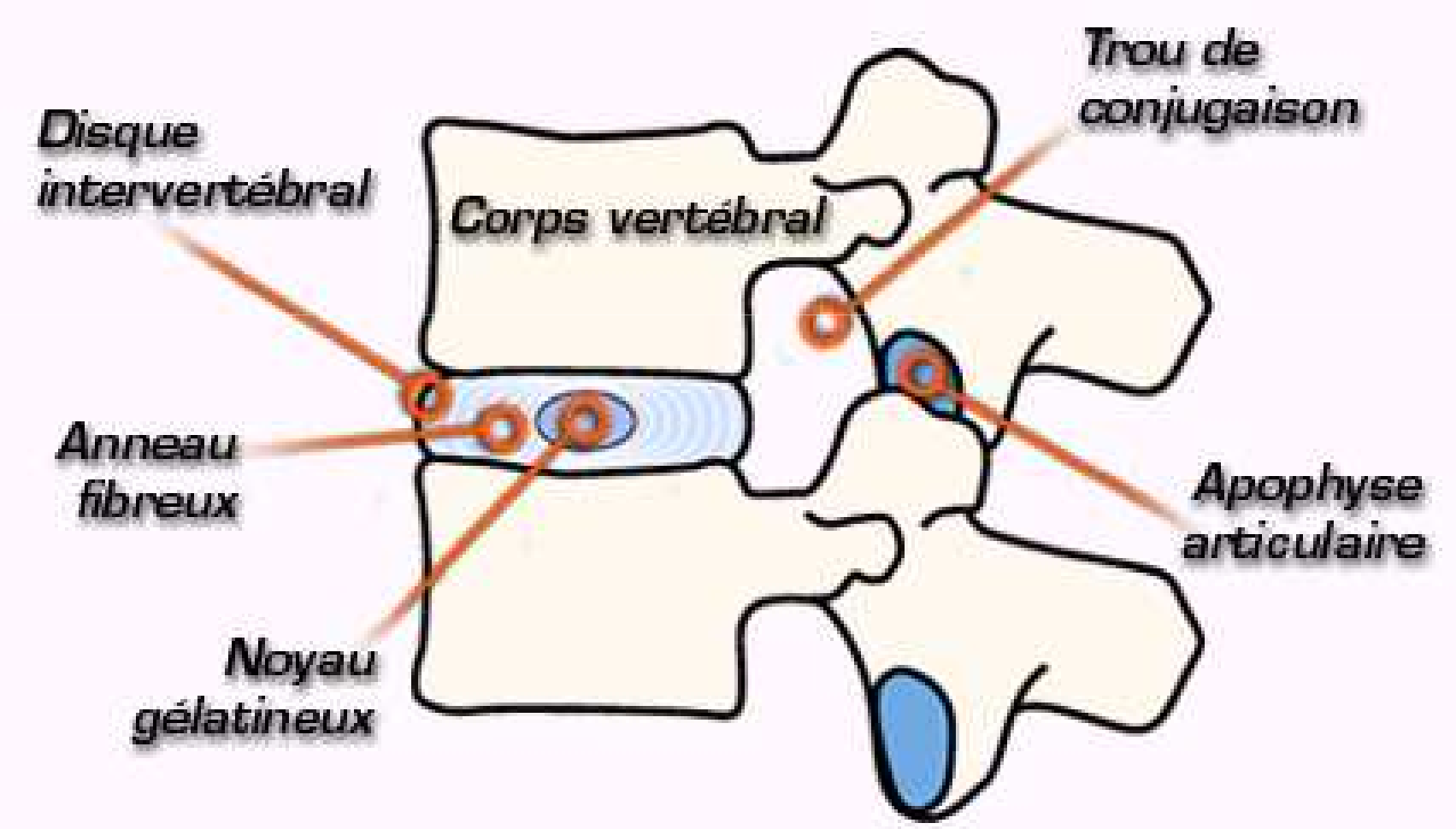
Objectifs

1- Connaître le rôle du disque dans la survenue d’une lombalgie
2- S'assurer que la douleur est bien en relation avec le rachis
3- Identifier le segment rachidien symptomatique
4- Reconnaître les signes de suspicion des affections rachidiennes graves
5- Retrouver les éléments nécessaires au diagnostic de pathologie vertébrale commune
6- Connaître les examens iconographiques utiles au diagnostic
7- Connaître les examens biologiques utiles au diagnostic
8- Savoir hiérarchiser les examens complémentaires

INTRODUCTION

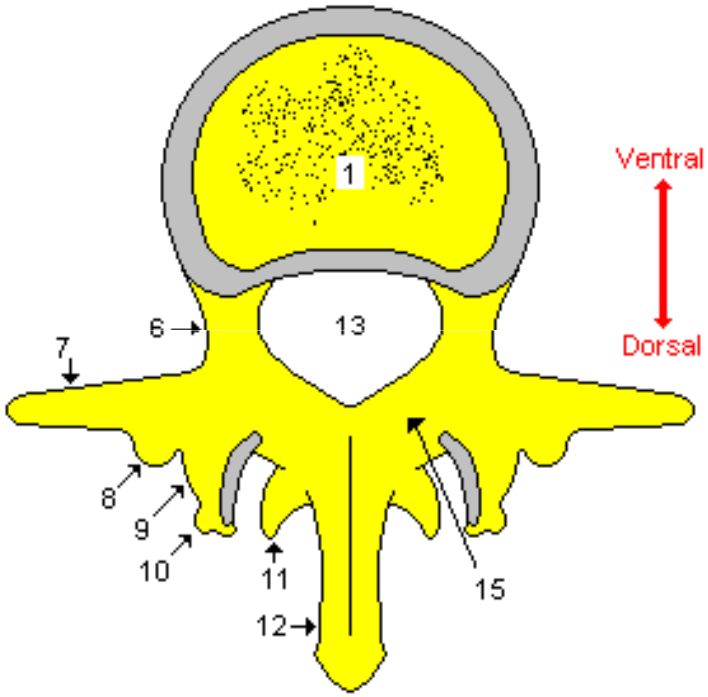
- Lombalgie : douleur de la région lombaire
- Premier motif de consultation en rhumato
  (50 à 80% au cours d'une vie)
- Aiguë < 3 mois, Chronique > 3 mois
- Étiologies nombreuses : démarche Dc rigoureuse.
  - Lombalgies communes : > 90% $\Rightarrow$ lésions dégénératives des structures anatomiques du rachis lombaire.
  - Lombalgies symptomatiques :
    pathologie inflammatoire, infectieuse ou tumorale du rachis ou d'une affection extra-rachidienne.
  - Lombalgies fonctionnelles

RAPPEL ANATOMIQUE



RAPPEL ANATOMIQUE

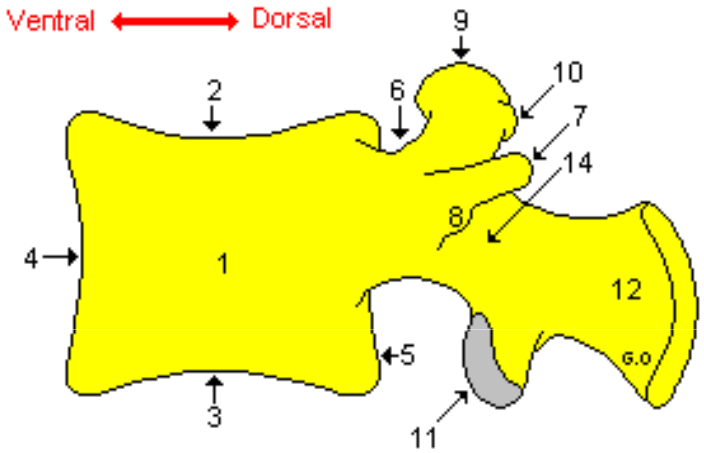
Vue supérieure



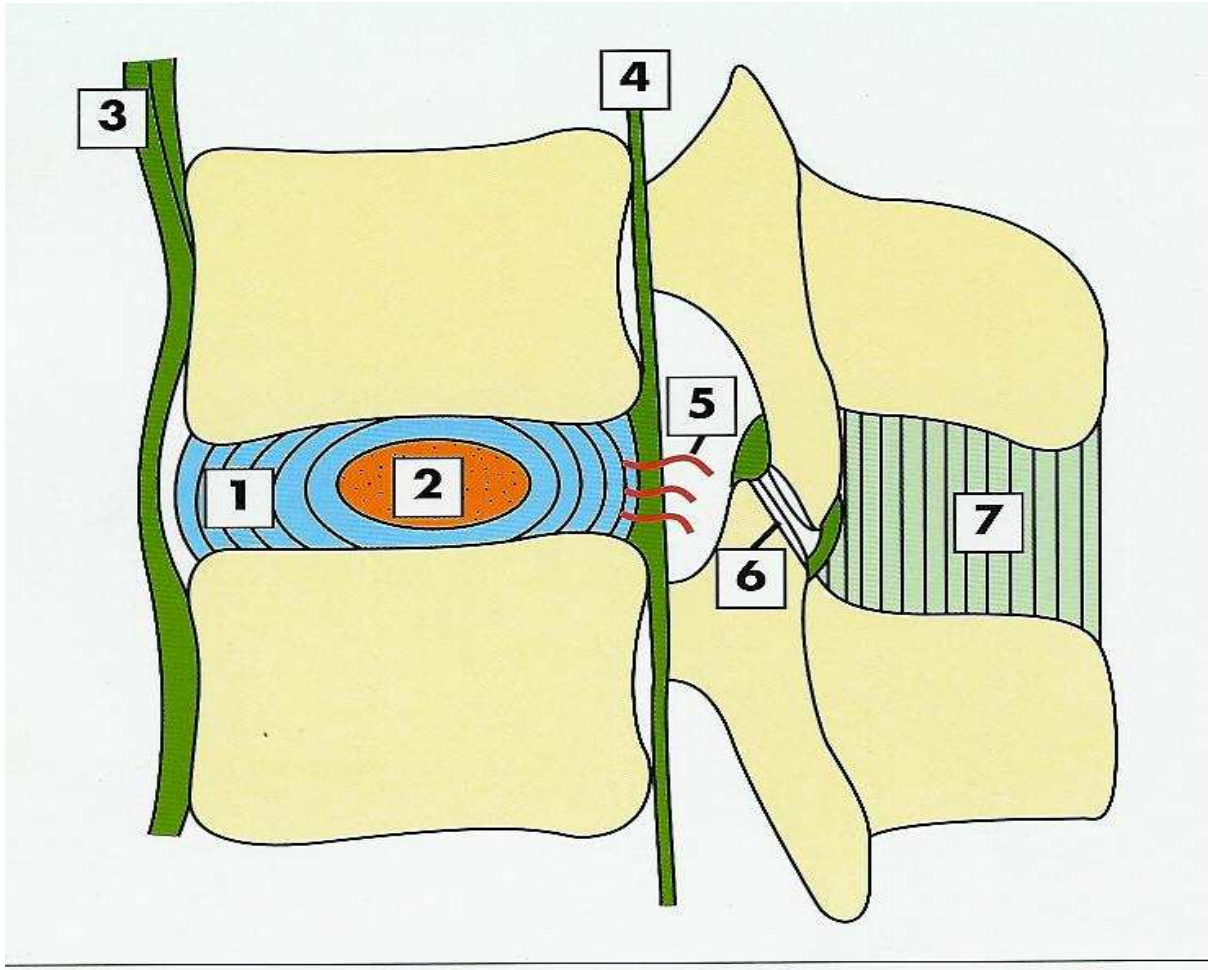
Caractères spécifiques :

Corps vertébral large et massif
Pédicules courts et épais
Lames larges
Process. articulaires à surfaces courbes
Canal vertébral en forme de coeur
Processus épineux volumineux

Vue latérale



1- Corps vertébral
2- Plateau supérieur
3- Plateau inférieur
4- Mur antérieur
5- Mur postérieur
6- Pédicule
7- Processus costiforme (équivalent d'une ébauche costale)
8- Tubercule accessoire (équivalent d'un process. transverse)
9- Processus articulaire supérieur
10- Processus mamillaire
11- Processus articulaire inférieur
12- Processus épineux
13 -Foramen ou Canal vertébral
14- Isthme vertébral
15- Lame



1 - anneau fibreux
2 - nucleus pulposus
3 - ligament intervertébral antérieur
4 - ligament intervertébral postérieur
5 - innervation de la partie postérieur de l'anneau fibreux et du ligament intervertébral postérieur
6 - articulation interapophysaire
7 - ligament interépineux

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Fréquence : 80 %
- Incidence: 5 à 10 %
- Adulte jeune (max 40 ans)
- Femme (2ème pic vers 60 ans)
- 9% motifs de consultation (1/4 seulement des lombalgiques consultent)
- 7% des arrêts de travail

ÉPIDÉMIOLOGIE

- 8% des actes radiodiagnostic
- 2,5% prescriptions médicamenteuses
- 30% prescriptions de rééducation
- 13% des invalidités (3ème cause d'invalidité, 1ère cause avant 45 ans)

ETUDE CLINIQUE

- **A. L’interrogatoire : +++**
  - Âge, profession, activités physiques et sportives
  - ATCD : rachidiens (lumbago, lombosciatique, chirurgie du RL) ou néoplasiques
  - Date et mode de début (brutal ou progressif)
  - Circonstances d’apparition : soulèvement de poids, effort, accident de travail…
  - Siège : lombaire bas, haut ou diffus

ETUDE CLINIQUE

A. L’interrogatoire : +++

- Irradiation : crète iliaque, fesses…
- Intensité : EVA
- Horaire : mécanique ou inflammatoire
- Évolution : intermittente, aggravation progressive
- Mode de soulagement : position, traitement AINS
- Retentissement fonctionnel et professionnel

B. L’examen physique

- étape essentielle
- **Examen du rachis**,
- **Examen général** :
  - Examen neurologique (membres inf. ++)
  - + organes de voisinage :
    - Abdomen
    - pelvis

B. L’examen physique

Examen du rachis

- **Inspection** :
  - Morphotype, trophicité musculaire
  - Statique rachidienne :
    - Plan frontal : scoliose
    - Plan sagittal : cyphose dorsale, hyperlordose lombaire
    - Att. antalgique (rectitude, torsion, latéro-flexion)
- **Palpation**
  - Contracture paravertébrale
  - Point douloureux (épineuse, art. post...) ± sonnette

B. L’examen physique

Examen du rachis

- **Etude des mouvements** :
  - raideur ?
  - douleur ↗ par mouvements ??
  - Contracture paravertébrale ?
- **Etage lombaire** : DMS, Schöber, inflexion latérale, extension. Gibbosité en antéflexion = scoliose.

B. L’examen physique

– Examen des autres articulations

– Examen général : (neurologique surtout)

– État psychologique

Examens complémentaires

- Examens fonction des données de l’interrogatoire et examen clinique
  - Rachialgie aiguë sujet jeune : pas d ’examen en première intention.
  - **Pas d ’examen “systématique“**

Examens complémentaires

- **Radiographies** : statique, vertèbres, disques, parties molles
  - cliché de de Sèze (dorso-lombo-pelvi-bifémoral F)
  - Rx. lombaire **: F**
  - ± bassin face, charnière lombosacrée.
- **Ex. biologiques** : VS + NFS si patho. Inflamm.
- Autres (scanner, IRM, Scintigraphie…) : **si justification, et jamais en première intention.**

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

A. Éléments d'orientation :

1. vers une lombalgie symptomatique :

- Horaire inflammatoire de la douleur
- Aggravation progressive
- Caractère rebelle aux traitements symptomatiques
- Existence de signes généraux : fièvre, AEG
- Existence de signes neurologiques objectifs
- Signes radiologiques (image lytique ou condensante, spondylodiscite, sacroiliite, syndesmophyte….)
- VS accélérée

2. vers une lombalgie commune :

- ATCD rachidiens lombaires
- Facteur déclenchant précis :
  - Effort de soulèvement
  - Faux mouvement
  - Activité physique inhabituelle
- Caractère mécanique des douleurs
- Attitude antalgique latérale et raideur élective
- Rx normales ou signes dégénératifs (discarthrose, arthrose interapophysaire postérieure, spondylolisthésis…)
- VS normale

B. Les lombalgies symptomatiques

1. Il existe un syndrome rachidien :

a. **Infections disco-vertébrales (spondylites, spondylodiscites, épidurites):**

- douleur, raideur et fièvre
- Biologie : VS et CRP↗, hyperleucocytose
- Imagerie :
  - Rx normales au début (Scinti osseuse ou IRM+++)
  - Pincement discal, érosions
- Mise en évidence du germe :
  - Hémocultures, culture porte d'entrée ou autre foyer
  - Ponction-biopsie disco-vertébrale
  - Germes : staphylococque, BK +++ brucella

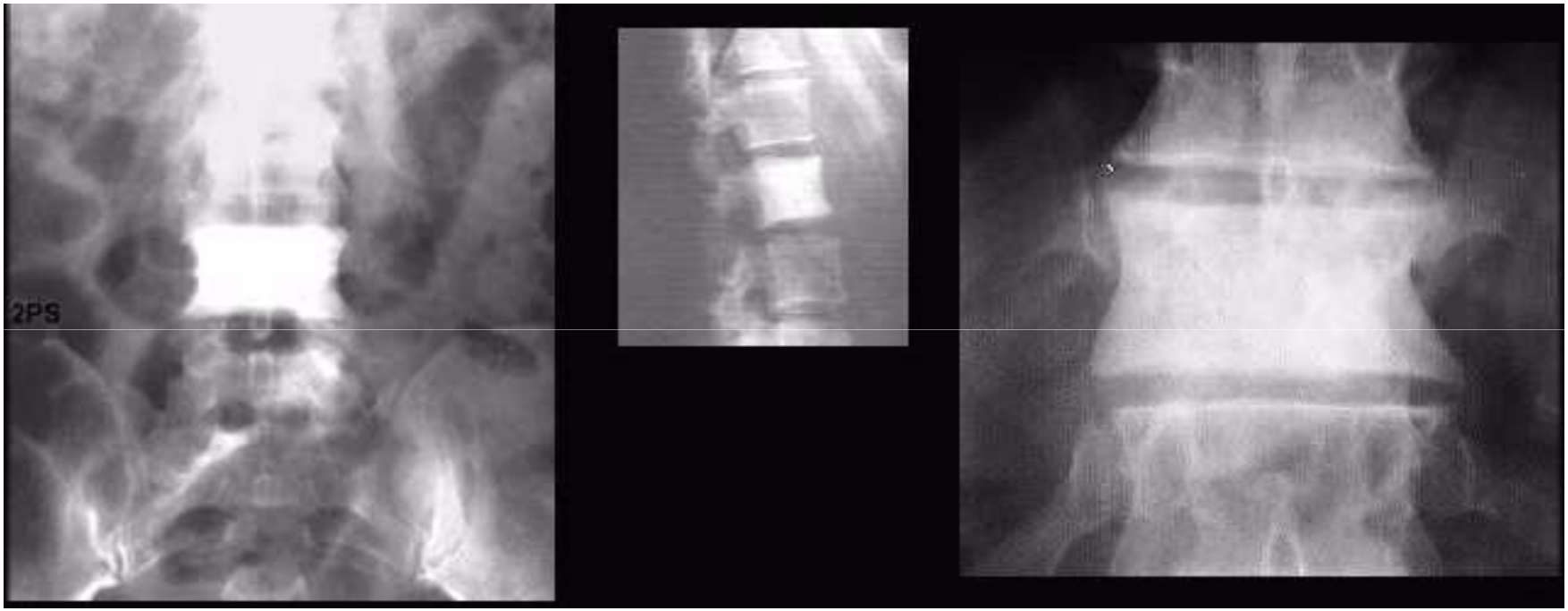
2PS

A

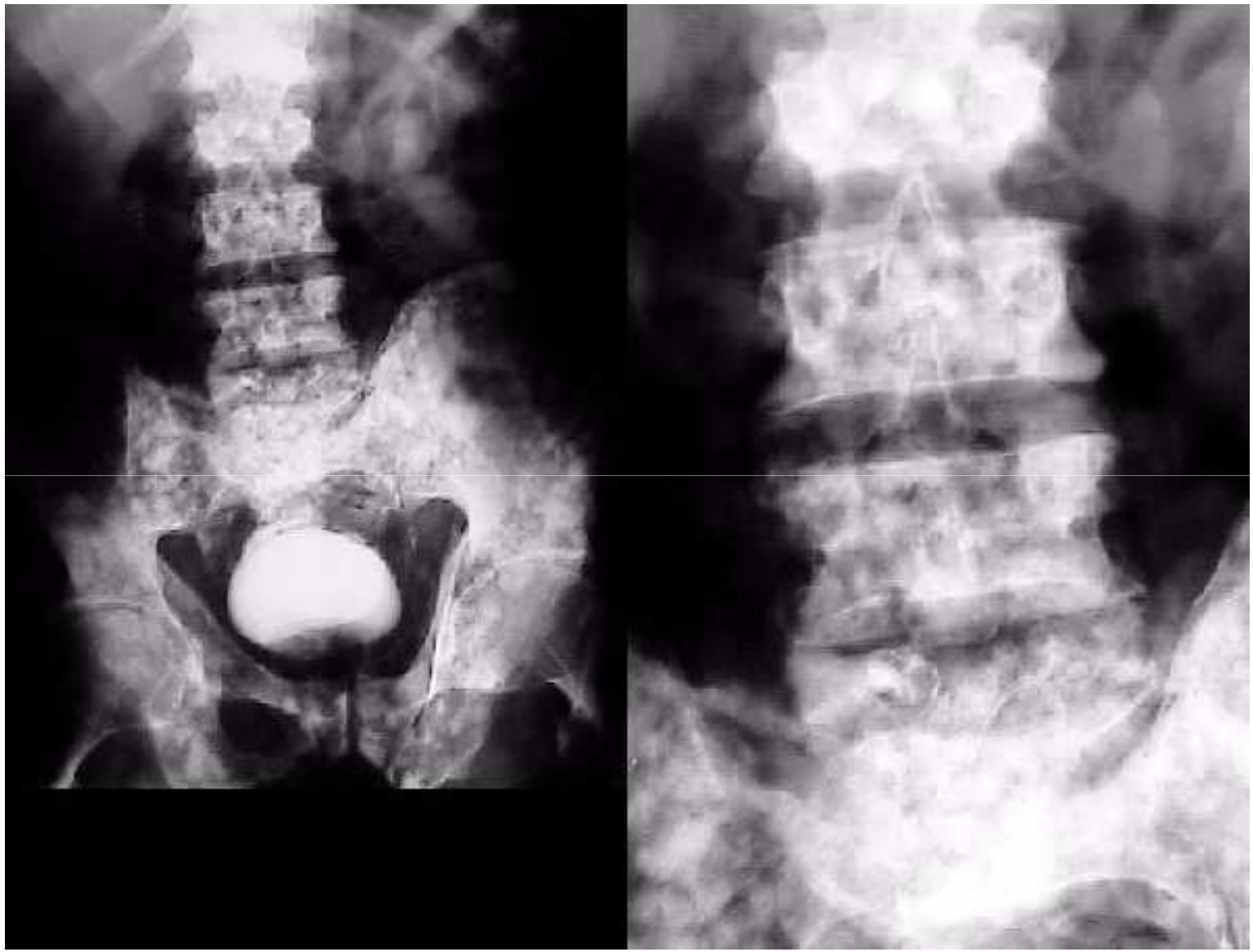
b. Pathologie tumorale :

- Maligne : sujet âgé, altération de l'état général
  - Myélome multiple
  - Métastases osseuses
  - Tumeur primitive : lymphome, plasmocytome, chondrosarcome, sarcome d'Ewing….
- Bénigne :
  - Rachidienne :
    - » Ostéome ostéoïde : douleur calmée par l'aspirine, scinti et TDM/IRM
    - » Kyste anévrysmal, tumeur à cellules géantes…
  - Intra-rachidienne :
    - » Neurinome : douleur nocturne intense, IRM+++
    - » épendymome

Vertèbre borgne



Vertèbre d’ivoire



c. Pathologie inflammatoire : spondylarthropathies

- Sujet jeune : lombalgies et fessalgies à bascule
- Amélioration spectaculaire par les AINS
- Sacroiliite bilatérale, syndesmophytes

d. Pathologie métabolique :

- Ostéoporose :
  - Épisodes aigus : tassement vertébral
  - cyphose dorsale et perte de la taille
- Ostéomalacie :
  - Douleurs diffuses
  - Biologie+++

2. Il n’existe pas de syndrome rachidien
douleur projetée

Lombalgies extrarachidiennes

- **Origine vasculaire**
  - Anévrysme, dissection aorte
- **Origine péritonéale**
  - Pathologie rénale : K, tumeur, abcès
  - Fibrose rétro-péritonéale
  - Adénopathie prévertébrale (infection, K)
- **Origine pelvienne**
  - Tumeur pelvienne

C. LES LOMBALGIES COMMUNES

- Grande majorité des rachialgies
- Détérioration éléments rachidiens et péri-rachidiens ; mécanisme mal connu
- 2 situations :
  - **Lombalgies aiguës** ++ : évolution favorable
  - **Lombalgies chroniques** : >3 mois

I- Lombalgie aiguë

Facteurs de risque

- Risque ↗ avec âge ➔ > 45-50ans
- Pénibilité au travail et hors (charges lourdes, postures, vibrations, répétition gestes..)
- Facteurs psycho-sociaux au travail (fatigue, monotonie, faible satisfaction, insécurité emploi..)
- Fréquence : actifs > inactifs ; manuels, Ouvriers métiers transports….

I- Lombalgie aiguë

Aspects cliniques

- Le + souvent : **lumbago aigu**
- Soulèvement ou faux mouvement…
- Sensation blocage rachidien
- Douleur mécanique, impulsive
- Raideur segmentaire + “cassure“
- Points douloureux + contracture para-vertébrale

I- Lombalgie aiguë

Examens complémentaires

- **< 50 ans** : si la clinique ne laisse aucun doute : aucun examen complémentaire n'est utile
- **> 50 ans** : radiographies standards (éliminer un tassement vertébral++)

I- Lombalgie aiguë

Evolution

- **Guérison** : majorité des pts : < 1 sem. ; 90% qques sem.
- **AT** : 75-90% pts reprennent le travail < 4ème semaine
- 1/3 pts = récidives (parfois plusieurs/an..)
- **Récidives** ➔ gène vie quotidienne…
- **Tolérance** : liée + aux facteurs psycho-sociaux et professionnels qu ’aux facteurs anatomiques… (identifiables < 20%) des cas

II- Lombalgies chroniques

Facteurs de risques

- Intensité douleur initiale
- Facteurs **médico-légaux** (accident travail, litige..)
- Facteurs **professionnels** (insatisfaction, faible qualification..)
- Facteurs **socio-économiques** (faible niveau éducatif, difficultés linguistiques, faible niveau de ressources..)

Lombalgies chroniques

Examens complémentaires

- **Rx** : confirment la clinique (bénignité)
  - Aide au diagnostic
  - Risque : attribuer les symptômes à des anomalies non pathologiques
  - Éviter la multiplication des examens complémentaires…. et les interventions non justifiées (hernie discale sur scanner, sans rapport avec la symptomatologie…)

Les étiologies

1. Discarthrose :

- Métier ou sport à risque
- ATCD de lumbago ou sciatique
- Douleur impulsive à la toux et la défécation
- Rx : discopathie :
  - pincement discal,
  - condensation des plateaux
  - ostéophytose
  - vide discal
  - => pseudo-pottique)
- IRM : hyposignal en T1, hypersignal en T2

R-2000
:58.31
1
17.5

-14.7
3.0

2. Arthrose interapophysaire postérieure

- Syndrome trophostatique post-ménopausique
  - Hyperlordose lombaire
  - Relâchement de la sangle abdominale
- Absence d'impulsivité à la toux
- Douleur latéralisée en hyperextension
- Rx : arthrose IAP

3. Spondylolisthésis :

glissement antérieur d'une vertèbre / vertèbre sous jacente

- Lyse isthmique :
  - Favorisée par certains sports à l'adolescence
  - Symptomatique chez l'adulte jeune
- Spondylolisthésis dégénératif :
  - Sujet âgé
  - Favorisé par l'arthrose IAP

2PS

4. Canal lombaire rétréci

- sujet âgé
- Claudication intermittente

5. Arthrose interépineuse (Sd de Baastrup)

- Contact interépineux
- Dc : Rx

6. Scolioses Sévères et évolutives

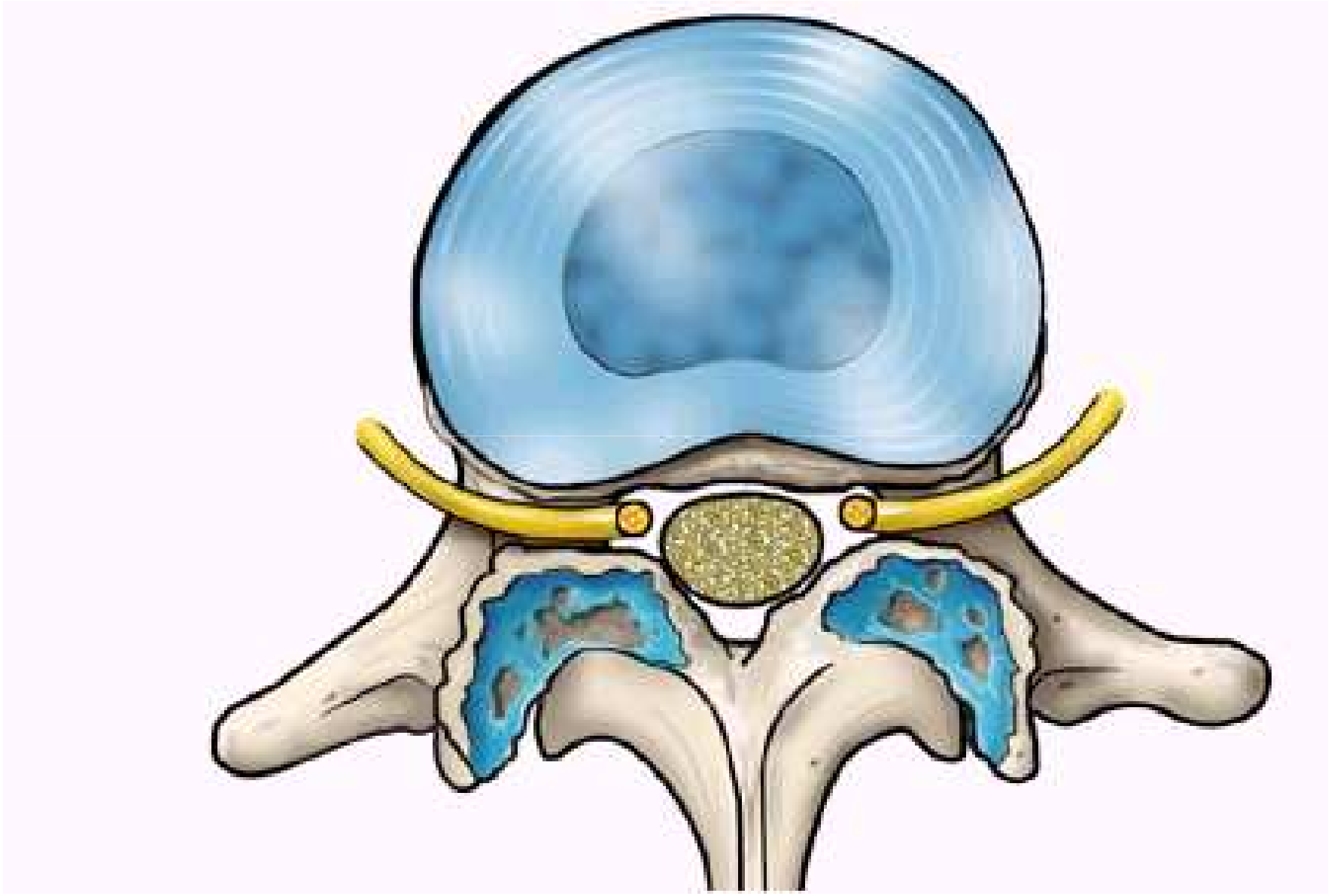
7. Séquelles de maladie de Scheurmann

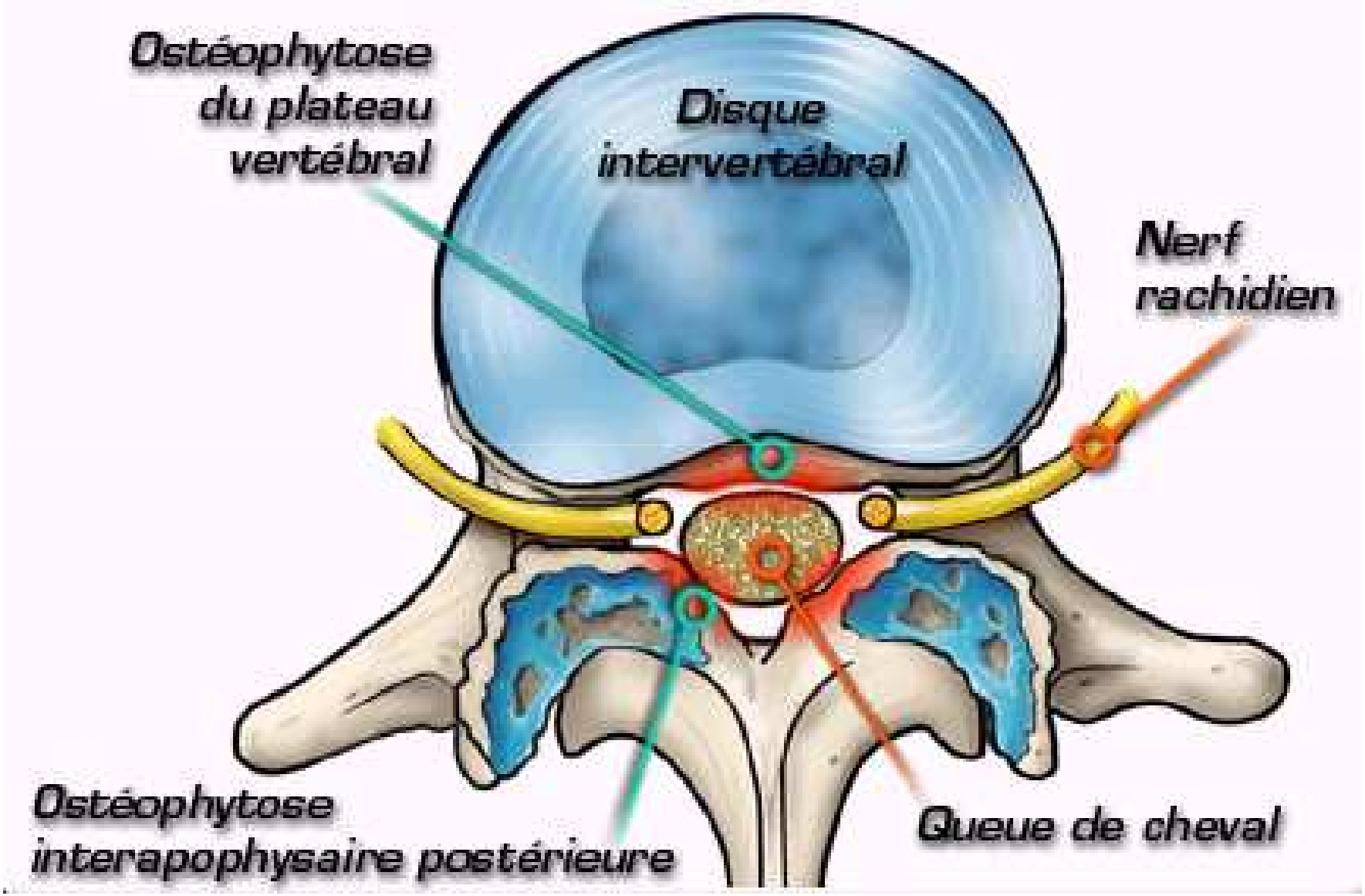
- Début des douleurs depuis l'adolescence
- Rx : cyphose dorsale, hernies intra-spongieuses (Schmörl), Disques en amphore

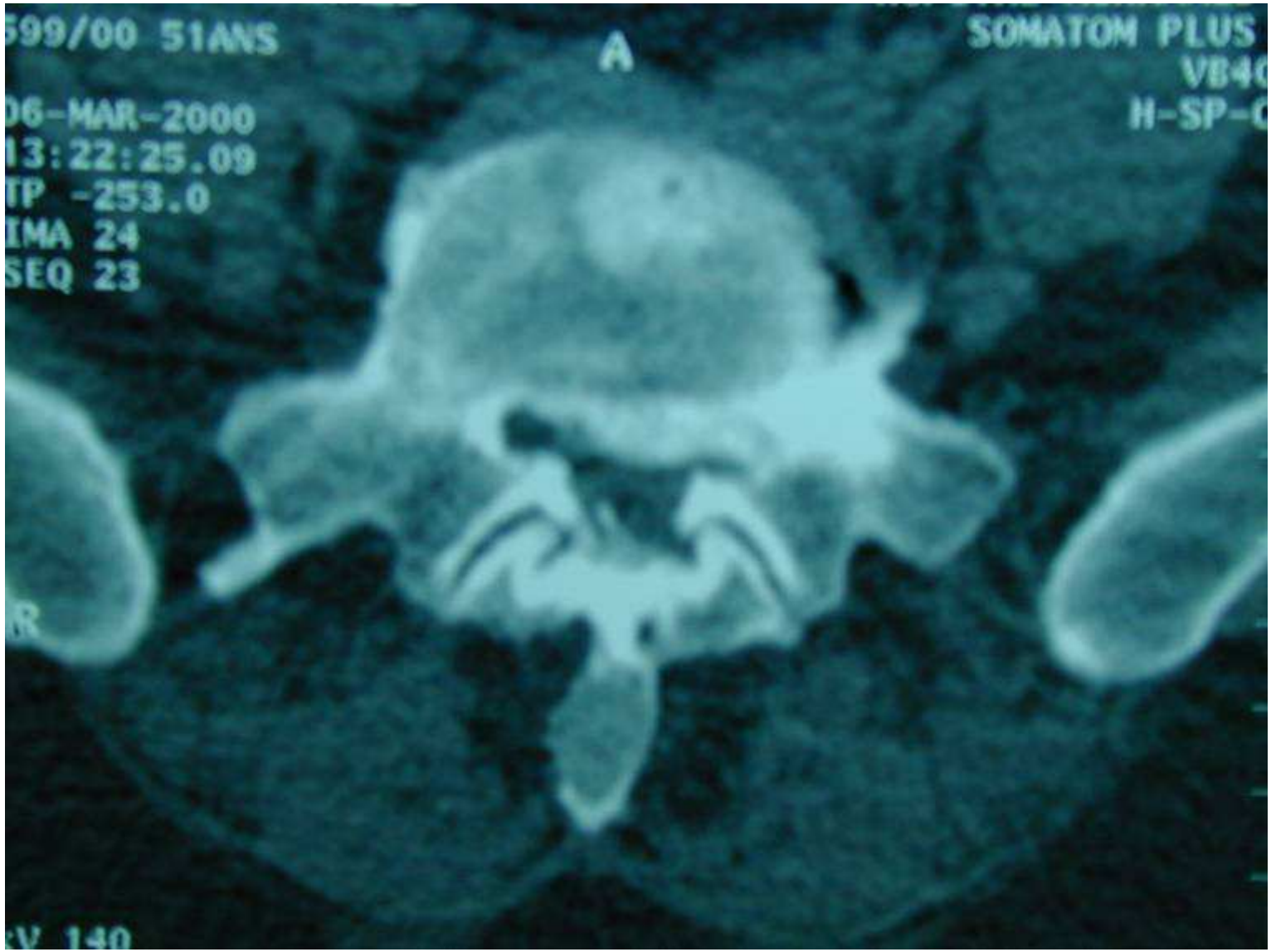
8. Syndrome de Maigne :

- irritation de la branche postérieure du 12ème nerf intercostal
- Douleurs à la crête iliaque

R-2000
:58.31
17.5




Ostéophytose du plateau vertébral
Disque intervertébral
Nerf rachidien
Ostéophytose interapophysaire postérieure
Queue de cheval


599/00 51ANS
A
SOMATOM PLUS
06-MAR-2000
13:22:25.09
TP -253.0
IMA 24
SEQ 23
R
V 140

D. LES LOMBALGIES FONCTIONNELLES

- Caractère permanent, quotidien et rebelle à tout traitement contrastant avec l'absence d'aggravation objective
- Examen : douleur à toute manœuvre mais mouvements doux possibles
- État anxio-dépressif
- État revendicatif ou recherche de bénéfices
- Radiologie et biologie normales
- Diagnostic d'élimination

TRAITEMENT

Les lombalgies communes :

* Lombalgie aiguë

- Consensus actuel : **prise en charge “minimale“ ➔ bon pronostic**
- Antalgiques (niveau 1 ou 2), AINS
- Pas de rééducation, manip. Infiltration à ce stade
- Poursuite activités habituelles dans la limite des douleurs
- Si douleur + : orthèse rigide ?

TRAITEMENT

* lombalgies chroniques :

- Traitement préventif : éducation personnes exposées, conditions de travail… . Sport, renforcement musculaire, lombostat systématique = pas d ’effet protecteur
- Trt symptomatique : antalgiques, anti-dépresseurs. Port intermittent d’outil baleiné.
- Masso-kinésithérapie ++ : verrouillage lombo-sacré, renforcement abdominal, étirements m. sous-pelviens. Programmes de réadaptation intensive + réadaptation physique et psychologique

TRAITEMENT

Indications

- Discarthrose :
  - Antalgiques, AINS, myorelaxants, antidépresseurs
  - Lombostat et Rééducation Fonctionnelle
- AIAP : AINS et infiltrations
- Baastrup et syndrome de Maigne : infiltrations
- Spondylolisthésis :
  - Lombostat et RF
  - chirurgie
- Canal lombaire rétréci :
  - infiltrations épidurales ou intradurales
  - Chirurgie : laminectomie

TRAITEMENT

- Les lombalgies symptomatiques : ttt étiologique
- Les lombalgies fonctionnelles :
  - Anxiolytiques, antidépresseurs
  - psychothérapie