

Rachialgies

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Diagnostiquer une rachialgie.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

COFER

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.

Une rachialgie, quel qu'en soit l'étage, cervical, dorsal ou lombaire, est un symptôme dont l'étiologie peut être extrêmement variée, même si l'origine dégénérative (souvent appelée « 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.

CERVICALGIES

On appelle cervicalgies les douleurs de la nuque. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit de cervicalgies communes dues à une détérioration dégénérative (la cervicarthrose) ou un trouble fonctionnel musculo-ligamentaires de la région cervicale. La cervicarthrose anatomique est d'une extrême fréquence (plus de 50 % des individus après 40 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.

Quand faut-il évoquer le diagnostic de cervicarthrose?

Quatre tableaux cliniques peuvent être observés.

Syndrome cervical

DEFINITION

Rarement aigu (torticolis), il est beaucoup plus souvent chronique : douleurs de la nuque pouvant irradier vers l'occiput, vers l'épaule ou vers la région interscapulo-vertébrale. Les douleurs sont mécaniques mais avec parfois une recrudescence nocturne, et évoluent par poussées successives plus ou moins régressives.

EXAMEN CLINIQUE

L'examen montre une limitation, le plus souvent modérée, des mobilités électives, des craquements à la mobilisation du cou, des points douloureux et une contracture musculaire paravertébrale modérée.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les radiographies comportent 4 clichés : incidences de face, de profil, de 3/4 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 32.1), d'uncarthrose et d'arthrose interapophysaire postérieure, prédominant au rachis cervical moyen ou bas. Les radiographies permettent d'éliminer une cause infectieuse, inflammatoire ou tumorale.

Insérer figure 32.1 anciennement 117.1 page 604 de l'ancienne édition

Il peut être utile de s'assurer de l'absence de signes biologiques d'inflammation (VS, CRP).

Névralgies cervico-brachiales

Se reporter au **chapitre 38**.

Myélopathie cervicarthrosique

Se reporter au **chapitre 35**.

Insuffisance vertébro-basillaire

DEFINITION

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.

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 une discordance entre la richesse de ces signes et la pauvreté des signes objectifs, ce qui suggère une part psychosomatique. Les troubles persistent en général quelques mois ou années, mais peuvent disparaître spontanément.

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).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'examen Doppler peut confirmer la sténose d'une artère vertébrale.

L'artériographie objective le retentissement de la cervicarthrose sur l'artère.

La cervicarthrose ne constitue qu'un facteur surajouté à d'autres lésions artérielles athéromateuses, et n'est impliquée que dans une minorité des cas d'insuffisance vertébro-basillaire.

Comment faire le diagnostic de cervicalgie commune ?

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 (8 à 10 jours). Il faut particulièrement rechercher une atteinte de la charnière cervico-occipitale +++ (fracture occulte de l'apophyse odontoïde).

Il faudra, en fonction de l'orientation fournie par l'interrogatoire et l'examen clinique, demander les examens complémentaires appropriés : VS, CRP, électrophorèse des protides, TDM, IRM, etc.

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.

Traitement

Cervicalgies aiguës

Le traitement associe le repos (éventuellement, immobilisation par un collier souple), les antalgiques et les AINS, ainsi qu'un traitement physique sédatif (agents physiques et massages).

Cervicalgies chroniques

Le traitement associe des antalgiques et des AINS (à la demande lors des poussées douloureuses), un repos relatif (réduction des efforts et des déplacements en automobile, collier mousse), des massages et une rééducation proprioceptive de renforcement des muscles paravertébraux et d'adaptation posturale. La crénothérapie est un traitement d'appoint souvent bénéfique.

Insuffisance vertébro-basilaire

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

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 ».

Démarche diagnostique devant une dorsalgie

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.

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 pleuro-pulmonaire 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.).

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 recherche de signes biologiques d'inflammation (VS, CRP) au moindre doute.

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

Diagnostic étiologique

Éliminer une dorsalgie symptomatique

Une pathologie non rachidienne révélée par des dorsalgies :

- cardiovasculaire : insuffisance coronarienne (angor, infarctus du myocarde), péricardite, anévrisme de l'aorte thoracique ;
- pleuro-pulmonaire : cancer bronchique, pleurésie infectieuse ou par envahissement (mésothéliome, cancer bronchique), tumeur médiastinale ;
- digestive : ulcère gastrique ou duodénal, affection hépato-biliaire, œsophagite, pancréatite ou gastrite, cancer de l'estomac, de l'œsophage, du pancréas.

Une dorsalgie rachidienne symptomatique d'une affection sous-jacente :

- spondylodiscites infectieuses ou à germes banals ;
- spondylarthropathies ;
- fractures ostéoporotiques ;
- tumeurs intrarachidiennes : neurinome, épendymome, méningiome, etc. ;
- tumeurs malignes : métastases, 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 (IRM).

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.

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).

DORSALGIES « FONCTIONNELLES »

Lorsque l'interrogatoire et l'examen clinique n'orientent pas vers une cause viscérale ou rachidienne symptomatique, 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 l'appelle d'ailleurs aussi « dorsalgie bénigne des femmes jeunes ».

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 sédative et de renforcement des muscles paravertébraux. Les antalgiques sont utiles lors des poussées douloureuses.

En cas de dorsalgies d'origine cervicale basse ou de constatation d'un syndrome téno-cellulo-myalgique dorsal, des manipulations vertébrales peuvent être indiquées.

LOMBALGIES

On appelle 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.

Interrogatoire

L'interrogatoire doit répondre à six questions.

Siège de la douleur

- Douleur lombaire basse, débutant à la jonction lombo-fessière, plus rarement sacro-coccygienne.
- Irradiations : fesse, face postérieure de la cuisse, membre inférieur, fosse iliaque, région hypo-gastrique, pli inguinal.

Rythme de la douleur

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

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, augmentant la pression du LCR, traduisant un conflit dure-mérien sans présumer de l'étiologie (tumeur, conflit disco-radiculaire).

Mode de début des douleurs

C'est un élément capital. Souvent, la lombalgie commune débute de façon brutale, suite à un effort ou un simple faux mouvement. Les douleurs survenant de façon insidieuse, progressive, sans facteur déclenchant précis, sont beaucoup plus inquiétantes.

Mode d'évolution des douleurs

Les lombalgies communes sont d'emblée maximales, et ont tendance à s'atténuer progressivement avec le temps. Plus inquiétantes sont les douleurs s'aggravant progressivement.

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.

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 scoliotique) ;
- étude des mobilités du rachis lombaire ;
- recherche de contractures musculaires para-vertébrales 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.

Techniques d'imagerie du rachis lombaire

Des 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 **IRM** ou une scintigraphie osseuse. Les autres explorations (saccoradiculographie, discographie) ont des indications très limitées.

Lombalgies communes

Epidémiologie

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 55 et 65 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.

Lumbago

DEFINITION

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 souvent intense n'étant 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.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En présence d'un lumbago il n'est pas nécessaire de faire effectuer quelque examen complémentaire que ce soit, à condition qu'il survienne chez un adulte jeune, sans antécédent particulier, et que le tableau clinique soit typique.

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.

TRAITEMENT

Le traitement du lumbago aigu 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. Il faut tout faire pour favoriser la reprise progressive et rapide des activités, en particulier en rassurant le malade.

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 le diagnostic de lombalgie commune est certain, et n'être pratiquées, légalement, que par des médecins.

Dans de rare cas, la persistance d'une douleur intense peut justifier des infiltrations péri-durales 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 couil baleiné, à l'occasion des efforts professionnels ou de loisir, peut être utile dans les formes récidivantes.

Lombalgies communes chroniques

DEFINITION

La lombalgie chronique se définit par la persistance de douleurs lombaires invalidantes au-delà de 3 à 6 mois. Elle est rare (5 %), mais c'est la forme grave de la lombalgie commune du fait de son retentissement socio-professionnel 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.

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, la partie postérieure des cuisses, plus rarement les jambes, 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.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La pratique de radiographies simples du rachis lombaire est justifiée (figure 32.2). Elles montrent dans la grande majorité des cas des lésions d'arthrose lombaire, sans aucun parallélisme radio-clinique. 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.

Insérer figure 32.2 anciennement photo 53 page 595

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

En l'absence de signes de souffrance radiculaire, les autres examens complémentaires (TDM, IRM) n'ont aucune indication.

Un cas particulier est représenté par les lombalgies persistantes et aggravées dans les suites d'un traitement invasif (chimionucléolyse, 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.

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, à un déficit moteur durable des membres inférieurs.

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.

TRAITEMENT DES LOMBALGIES COMMUNES CHRONIQUES

Le traitement médicamenteux est uniquement symptomatique, par voie locale ou générale :

- les médicaments antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et myorelaxants sont réservés aux poussées subaiguës ;
- les infiltrations périurales de dérivés corticoïdes peuvent être utiles lors des poussées ;
- la corticothérapie générale n'a aucune place ;
- le traitement médicamenteux peut faire appel aux psychotropes, les lombalgies chroniques ayant un retentissement psychologique quasi-constant ;
- des techniques physiques de relaxation ou une psychothérapie 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 ;
- le soutien lombaire par une ceinture de maintien en tissu baleiné peut contribuer au soulagement des douleurs et à la reprise des activités mais l'immobilisation en corset rigide n'a pas d'intérêt.

La rééducation est un élément essentiel du traitement : rééducation active avec gymnastique de renforcement des muscles du tronc, 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 la compréhension par le malade des techniques et des exercices enseignés, et surtout son implication active par la répétition régulière à domicile des exercices. Une série initiale de 15 séances en moyenne est suffisante.

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.

Lombalgies d'origine articulaire postérieure

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

PARTICULARITE CLINIQUE : LE SYNDROME TROPHOSTATIQUE DE LA POST-MENOPAUSE

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

Les douleurs, lombaires basses, irradiant 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 cellulo-myalgique : cellulalgie douloureuse à la manœuvre du pincé-roulé, cordons indurés douloureux à la palpation des masses musculaires.

INTERET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

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 (cf. **figure 32.3**).

Insérer figure 32.3 anciennement 115.3 page 583 de l'ancienne édition

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).

Lombalgies symptomatiques

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

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, et 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.

Lombalgies tumorales malignes (myélome, métastase)

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

C'est une indication de la scintigraphie osseuse qui précise la localisation des lésions, et oriente d'autres examens (TDM) ou une biopsie.

L'IRM est utile pour préciser l'étendue des lésions et leur retentissement intrarachidien.

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. 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.

Lombalgies infectieuses

Le plus souvent spondylodiscite, plus rarement spondylite pure (cf. chapitre 12 et figure 12.1 page XXX).

Lombalgies inflammatoires

Ce sont les lombalgies des spondylarthropathies (cf. chapitre 39).

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 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.

Lombalgies extrarachidiennes

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

ANEVRYSME DE L'AOORTE ABDOMINALE

Les lombalgies par anévrysme 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'anévrysme, très intenses, parfois dans un contexte de collapsus cardiovasculaire ; les lombalgies chroniques, souvent associées à des irradiations abdomino-génitocrurales 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.

LOMBALGIES LIEES A UNE PATHOLOGIE URINAIRE

Des lombalgies hautes, souvent latéralisées (angle costo-lombaire), 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.

AUTRES ETIOLOGIES DE LOMBALGIES EXTRARACHIDIENNES

Les examens justifiés par l'orientation clinique permettent d'identifier l'affection en cause : tumeurs digestives (gastriques, recto-coliques ou pancréatiques), pancréatite chronique, tumeurs pelviennes, adénopathies pré-rachidiennes, fibrose rétro-péritonéale.

Points clés

- La question essentielle devant toute rachialgie est d'éliminer une douleur symptomatique d'une affection sous-jacente, rare, mais grave, habituellement suspectée sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.
- La cervicarthrose, principale étiologie des cervicalgies, est une des localisations anatomiques les plus fréquentes de la maladie arthrosique. Très souvent asymptomatique (absence de parallélisme radio-clinique), elle peut être responsable de complications : névralgie cervico-brachiale, myélopathie cervicarthrosique, insuffisance vertébro-basillaire.
- Toute dorsalgie doit faire rechercher une cause viscérale ou l'existence d'une affection rachidienne sous-jacente.
- Le diagnostic de dorsalgies fonctionnelles est un diagnostic d'élimination.
- Les formes cliniques des lombalgies communes sont : le lumbago ou lombalgie aiguë, les lombalgies chroniques, les lombalgies d'origine articulaire postérieure.
- Une lombalgie commune ne justifie aucune exploration complémentaire, d'imagerie ou biologique ; elles seront réalisées en cas d'orientation clinique vers une lombalgie symptomatique qui peut être infectieuse, tumorale, inflammatoire (spondylarthropathie), osseuse (ostéopathie fragilisante) ou viscérale (anévrisme, pathologie urinaire, digestive, etc.).