

4^{ème} Rencontre Médico-Chirurgicale – LE RACHIS

Lombalgies et Sciatiques

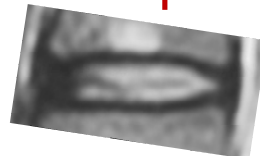
-

La prise en charge médicale

S.A. Amouzougan, Rhumatologue
CHU de St Etienne & Hôpital Emile Roux, Le puy

Quelques rappels anatomiques

- 23 disques intervertébral chez l'homme
- Macroscopie
 - nucleus pulposus: *tissu très hydraté contenant cellules et protéoglycannes*
 - annulus fibrosus: *collagène organisé en lamelles concentriques, contient des cellules*
 - plateau vertébral: *contient des chondrocytes*
- Pas de vascularisation
- Pas d'innervation (*sauf à la périphérie postér. de l'annulus*)
- Dégénérescence discale = dédifférentiation nucleus/annulus
- Difficile de différencier processus pathologique et vieillissement normal du disque
- Classif. de Modic [aspect inflammatoire (1) vs involution graisseuse (2)]

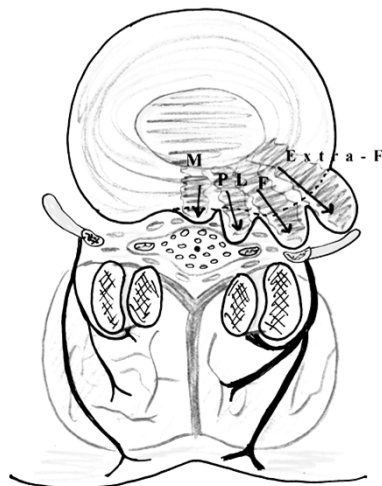


Quelques rappels anatomiques

- Dégénérescence du disque
 - ↘ nbre de cellules par apoptose
 - ↗ concentration de cytokines pro-inflammatoires (IL-6, TNF- α (*résorption des HD exclues*), IL-1), métalloprotéinases et NGF
- Pistes thérapeutiques:
 - ↘ de l'apoptose *et/ou*
 - ↘ de l'inflammation locale?
 - Discopathie active type **Modic 1**
 - Discopathie destructrice rapide



Douleur neurogène dans la lombalgie




Branche du rameau postérieur donne des filets pour la capsule, les muscles, revêtement cutané et facette inférieur

Rachialgies

- Douleur du rachis soit dans son ensemble soit localisée
 - Cervicalgie
 - Dorsalgie
 - Lombalgie
- Plus de 90% des rachialgies sont d'origine commune (*lésion discale ou articulaire postérieure dégénérative*)
- Il faut distinguer la *rachialgie commune* de la *rachialgie symptomatique*
- La rachialgie peut s'accompagner ou non d'irradiation radiculaire

Quelques Principes

- La rachialgie commune est un diagnostic d'élimination
- La dorsalgie est « symptomatique » jusqu'à preuve du contraire 
- Ne pas oublier les douleurs projetées
 - origine extra-rachidienne

Démarche diagnostique

- Interrogatoire
 - Douleur : **inflammatoire**
vs **mécanique**
 - Signes de gravité
- Ex. physique
 - Mobilité – Raideur
 - Troubles statiques
 - Examen clinique
- Ex. complémentaires
selon la présentation clinique
Rx - Imagerie nucléaire - Biologie

Suspicion de fracture

>70 ans
Prise de corticoïde
Traumatisme violent



Suspicion de tumeur, d'infection

Douleur inflammatoire
Toxicomanie
Corticothérapie, immunodépression
Infection récente
ATCD de néoplasie
Altération de l'Etat Général

Atteinte neurologique

*Sd de la queue de cheval (<L2): ROT
Ø, Troubles sphinctériens*

*Sd du cône terminal (L1): Sd
pyramidal: BBK, ROT vifs....*

Femme de 42 ans

Douleur lombaire basse à la descente de la voiture après avoir parcouru 450km

- Intense, mécanique
- Apparue il y a 5 jours
- Blocage, pas de signe neurologique
- Rebelle à 3 g/j de paracétamol en automédication.
- Pas de drapeaux rouges

Attitude antalgique & contracture musculaire



Quelle conduite à tenir

Pas de radiographie (surtout pas de scanner ni d'IRM)
car le patient est jeune, sans ATCD suspect,
durée d'évolution courte)

*Pas d'imagerie simple avant 7 semaines sauf si indication
d'infiltration ou manipulation*

Aucun examen biologique pour les mêmes
raisons que ci-dessus.

Priorité au traitement médical +++

Lombalgie aiguë d'origine discale « Lumbago »

- **Traitement symptomatique**
 - Énergique et rapide
- **Si évolution favorable**
 - Reprise progressive d'activité sportive
 - Couverture par ceinture lombaire uniquement à la reprise d'activité physique
 - Si condition physique insuffisante: Kiné d'abord
- **Evolution défavorable ou complications ou drapeaux rouges**
 - Examens complémentaires
 - Si rassurants alors reconditionnement musculaire

Autres causes de lombalgie commune

- **Arthrose disco-vertébrale et/ou Arthrose AP**
 - Infiltration des articulaires + traitement classique
- **Discopathie active Modic I**
 - Infiltration intra-discale (?) + traitement classique
- **Lyse isthmique avec lysthésis**
 - Infiltration AP + traitement classique
- **Troubles statiques**
 - Avis médecin rééducateur +/- contention adaptée
- **Fonctionnelle**
 - Traitement par équipe pluridisciplinaire

Epidémiologie de la Lombalgie

Problème majeur de santé publique

- Prévalence annuelle : 35 à 50 % de la population
- Incidence > à 60 %
- La première cause d'AT et la première cause de maladie professionnelle

D'une manière général, quels facteurs de risque de passage à la chronicité recherchez-vous?

- Accident de travail.
- Arrêt de travail prolongé (*peu ou pas de reprise de travail après plus d'un an d'arrêt*)
- Conditions sociales et intellectuelles basses.
- Dépression.

Homme de 38 ans

- Lombalgie en aggravation progressive depuis 3 mois sans irradiation radiculaire
- Perte de 2kg, pas de fièvre
- Mobilisation et palpation du rachis lombaire sont normales
- Rx rachis lombaire et du poumon normales
 - puis IRM du rachis dorsolombaire et analyse du LCR normales
- NFP, CRP normales. VS à 40mm
- Différents traitements antalgiques et AINS: tous inefficaces

Que peut-on lui proposer?

Rechercher une origine extra-rachidienne

- Échographie abdominale
- Complétée par une TDM abdominale
- Diagnostic de tumeur de la tête du pancréas
 - *Néoplasie du pancréas*

Atteintes extra-rachidiennes à rechercher devant une douleur projetée du rachis

- Extra osseuses
 - Affections viscérales projetées:
 - cardiovasculaires (IDM, dissection);
 - rétro-péritonéales (colique néphrétique);
 - abdomino-pelviennes (*pancréas, colon, gynéco, ulcère*).
 - Affections médicales: zona (déshabiller le patient)
- Ostéo-articulaires
 - Tumeurs, fractures sacrées
 - Arthropathies sacro-iliaques: arthrose, sacro-iliite.

Conduite à tenir

devant

une sciatique

Femme de 42 ans. La même!

Douleur lombaire basse irradiant au membre inférieur droit

- intense
- apparue il y a 5 jours
- rebelle à 3 g/j de paracétamol pris en automédication.

Examen physique

- Examiner le patient debout
 - inflexion antalgique (attitude antalgique) *statique ou dynamique* ;
 - existe-t-il une scoliose ?
- Contracture des muscles para-vertébraux
- Palper les épineuses lombaires
- Rechercher le signe de Schöber : 10 + 1cm

- Signe de Lasègue
- Déficit moteur et/ou trouble sphinctérien

- Examiner les coxo-fémorales et l'abdomen

Attitude antalgique & contracture musculaire



Prise en charge

- ✓ Un repos relatif bref (*moins d'une semaine*): prescription d'un arrêt de travail avec des conseils d'éviction des efforts physiques (*soulèvement, longs trajets en voiture par exemple*)
- ✓ Prescription d'un antalgique (*palier 1 ou 2*) + AINS sous couverture IPP (*si Atcd gastrique*) + Myorelaxant.
- ✓ Infiltration foraminale ou épidurale (*accord du patient*)
- ✓ Prise en charge par kinésithérapeute (*physiothérapie et massage*)
- ✓ Prescription ceinture soutien lombaire si besoin

Evolution défavorable

- **Réévaluation avec examens complémentaires**
- Déficit moteur *et/ou* troubles sphinctériens
 - Urgence chirurgicale
- Douleur radiculaire particulièrement tenace malgré un ttt suffisant avec morphinique au bout de 48heures
 - Indication chirurgicale
- Echec du traitement médical y compris infiltration radioguidée (si le patient l'accepte) au bout de 2 mois
 - Indication chirurgicale à discuter avec le patient
- Récidives rapprochées
 - *Idem*

Attention!

- **Toujours se fier à la clinique**
 - On n'opère pas une image mais un patient
 - 20 à 25% des sujets sans passé de lombalgie ont une image de discopathie voire de hernie discale
 - Au moins 80% des sciatiques par hernie discale guérissent sans intervention chirurgicale
 - N'hésitez pas hospitaliser une petite semaine ses patients pour un traitement médical complet
- Les infiltrations foraminales et épidurales sur rachis opéré sont à risque neurologique élevé