

Lombalgies aiguës et chroniques : Point de vue du Rhumatologue



DR REMY OUICHKA
RHUMATOLOGUE

Lombalgies aiguës et chroniques : pourquoi s'intéresser à ce problème

- ▶ **Problème de Santé Publique :**
 - ▶ 70% de prévalence cumulée, 5 à 10% de chronicisation
 - ▶ Campagne actuelle de la CPAM
- ▶ Forte incidence des **facteurs favorisants** : sédentarité, surpoids, obésité, TMS professionnels...
- ▶ Intrication lombalgies/lombosciatiques/aiguës/chroniques et recommandations
 - ▶ HAS 2000, COST13 2006
 - ▶ Peu intuitif, difficile à comprendre pour le patient
- ▶ **Objectifs :**
 - ▶ Rappel : clinique, recommandations
 - ▶ Ne pas rater les urgences : « reds flags »
 - ▶ Prévenir la chronicisation : « yellow flag »



▶ Lombalgie

- ▶ Par définition : syndrome rachidien isolé
- ▶ Surtout contracture musculaire
- ▶ Aiguë < 3 mois , chronique > 3mois
- ▶ Récidivante : moins de 6 mois entre 2 épisodes

▶ Lombosciatique

- ▶ Commune/symptomatique
 - ▶ Commune :
 - ▶ Causes discales
 - ▶ Causes dégénératives
 - ▶ Symptomatiques :
 - ▶ Infectieuse, tumorale, inflammatoire, microcristalline...



Priorité : éliminer les lombalgies/ lombosciatiques symptomatiques (HAS 2000)



- ▶ en faveur d'une fracture : traumatisme, corticoïdes, âge supérieur à 70 ans
- ▶ en faveur d'une néoplasie : âge supérieur à 50 ans, perte de poids inexpliquée, antécédent tumoral ou échec du traitement symptomatique
- ▶ en faveur d'une infection : fièvre, douleur à recrudescence nocturne, contextes d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue IV, prise prolongée de corticoïdes
- ▶ en faveur d'une pathologie inflammatoire (spondyloarthrite)
 - ▶ début progressif avant l'âge de 45 ans
 - ▶ forte raideur matinale
 - ▶ atteinte des articulations périphériques
 - ▶ uvéite, psoriasis, colite, urétrite, antécédent familial de spondyloarthrite

Reds flags

ÂGE	<20 ou >55 ans
ANAMNÈSE	Traumatisme significatif récent Antécédents de cancer Corticoïdes par voie générale Toxicomanie HIV
SYMPTOMATOLOGIE	Douleur constante, en aggravation progressive, douleur non mécanique Douleur thoracique Altération de l'état général Perte de poids

Interrogatoire ciblé

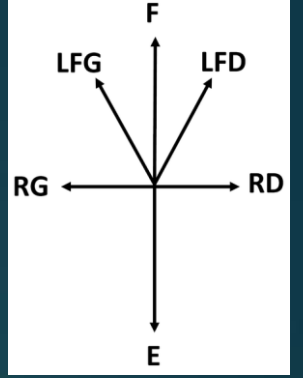


- ▶ Date et contexte de début des symptômes
- ▶ Facteurs aggravants : effort, position assise, long trajet en voiture
- ▶ Facteurs soulageants : repos, effort, AINS, chaleur

- ▶ Rythme de la douleur
- ▶ Signes généraux ?

- ▶ Antécédents lombalgiques, kinésithérapie antérieure
- ▶ Profession : port de charge lourde ? Profession à risque ?
- ▶ Poids et variation pondérale

Examen clinique du rachis



► Inspection :

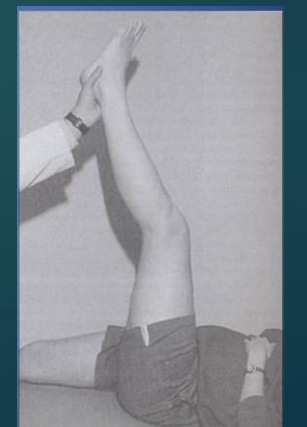
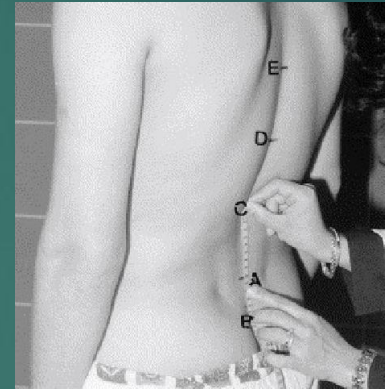
- Symétrie des plis de taille, des épaules, courbures sagittales
- En antéflexion : gibbosité, distance mains-sol, index de Schober

► Mobilisation : antéflexion/extension, inclinaison latérale, antéflexion

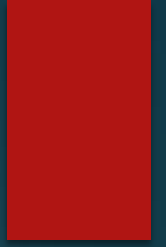
- Schéma en étoile de Maigne

► Palpation : interépineuses, articulaires postérieures, contractures, cellulagies (palpé-roulé)

► Examen sur le plan du lit : neurologique, rétraction musculaire (angle poplité, distance talon-fesse)



Clinique de la lombalgie aiguë



▶ Lumbago classique

- ▶ Lombalgie isolée sans radiculalgie
 - ▶ Effort déclenchant, impulsivité à la toux
 - ▶ Effet bénéfique du repos, antéflexion antalgique
- ▶ Douleur lombaire n'irradie pas en dessous du pli fessier (HAS 2000)
 - ▶ En pratique : irradiation face postérieure de cuisse, points périostés...

▶ Syndrome rachidien : raideur + douleur

- ▶ Contracture musculaire
- ▶ Dissociation anatomoclinique +++
 - ▶ 10 à 20% rapportés à une lésion anatomique

▶ Attention aux diagnostics différentiels : douleurs projetées viscérales



Clinique des lombosciatiques

Sd rachidien + Sd radiculaire

- ▶ Douleur lombaire + signe d'irritation radiculaire
- ▶ Rythme de la douleur +++
- ▶ Mode de début :
 - ▶ brutal, après un effort (LS commune)
 - ▶ insidieux, progressif et sans facteur déclenchant (LS symptomatique)
- ▶ Mode d'évolution :
 - ▶ maximale puis atténuation (LS communes)
 - ▶ aggravation progressive (LS symptomatiques)

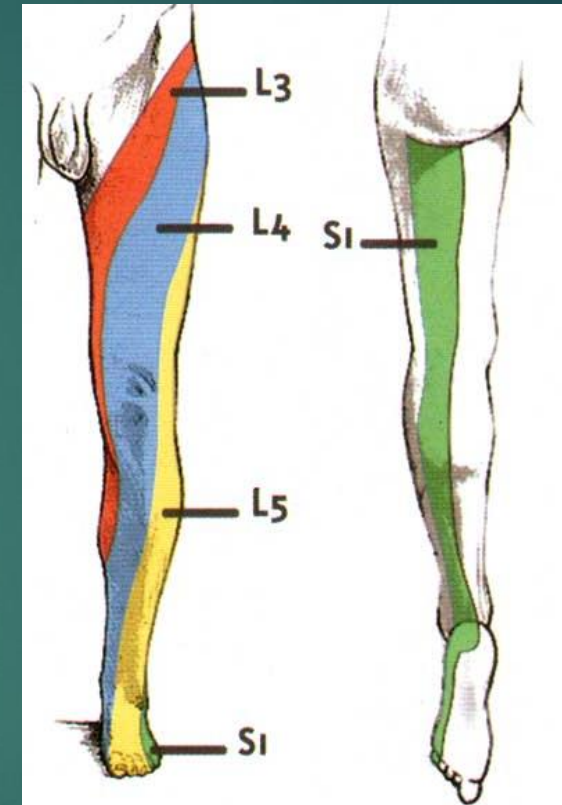


Tableau. Échelle MRC (*Medical Research Council of Great Britain*) de 0 à 5.

5	Force normale
4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance
3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
1	Ébauche de mouvement
0	Aucun mouvement

Identifier les situations d'urgence : urgence chirurgicale et formes symptomatiques

- ▶ 3 indications chirurgicales urgentes :
 - ▶ Sciatique paralysante : <3
 - ▶ (pas de lutte contre pesanteur)
 - ▶ Syndrome de la queue de cheval
 - ▶ Signes sphinctériens : incontinence, rétention, hypoesthésie OGE
 - ▶ Sciatique hyperalgique
 - ▶ Résistante aux morphiniques
- ▶ Lombosciatique symptomatique

Rappels des recommandations examens complémentaires

- ▶ Lombalgie lombosciatique aiguë, pas de « red flag » :
 - ▶ Pas d'imagerie en 1^{ère} intention avant 7 semaines, sauf échec du traitement médical
 - ▶ (90% d'amélioration en moins de 2 mois)
 - ▶ Exception : imagerie systématique avant manipulation/infiltration
 - ▶ Objectif : ne pas méconnaître une cause symptomatique
- ▶ Lombosciatique commune :
 - ▶ Pas d'imagerie en 1^{ère} intention
 - ▶ Si avis chirurgical/infiltration : imagerie recommandée (IRM ou TDM)

(EMG : pas d'indication dans lombalgies/lombosciatiques aiguës)

Rappels des recommandations prise en charge thérapeutique

▶ Lombalgie aiguë :

- ▶ Antalgique, AINS, myorelaxant
- ▶ Pas d'indication à une corticothérapie
- ▶ Kinésithérapie à visée antalgique (pas de réadaptation posturale)
 - ▶ Forme récidivante, échec traitement médical initial
- ▶ Manipulations
- ▶ Pas d'intérêt du repos prolongé

▶ Lombosciatique commune :

- ▶ Idem lombalgie
- ▶ Efficacité de la corticothérapie : prédictive de la réponse à une infiltration épidurale
- ▶ Infiltration épidurale selon réponse au traitement médical

Lombalgies chroniques : points importants

- ▶ 5 à 10% des lombalgies, coût majeur
- ▶ Probabilité de retour à l'emploi inversement corrélé à la durée de l'arrêt de travail
- ▶ Évaluation initiale : douleurs, fonction, sd anxio-dépressif, contexte socio-professionnel
- ▶ Radiographies rachis lombaire F, P et $\frac{3}{4}$ systématique
 - ▶ Rx bassin +/- sacro-iliaque selon orientation
 - ▶ IRM/TDM en seconde intention selon options thérapeutiques

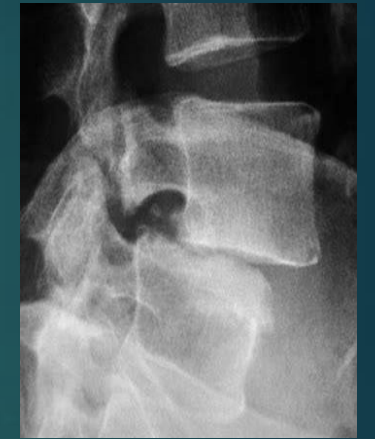
Yellow Flags:

- Fausses croyances du patients
- Insatisfaction au travail +++, bénéfices secondaires
- Troubles psychologiques anxio-dépressifs
- Sévérité de l'incapacité fonctionnelle
- Comportement inadapté (kinésiophobie)

Cause « curable » de lombalgies chroniques faites appel aux spécialistes du rachis

- ▶ Sd facettaire
- ▶ Sd de Baarstrup
- ▶ Scoliose dégénérative
- ▶ Sd de la charnière dorso-lombaire de Maigne
- ▶ Spondylolisthésis
- ▶ Instabilité rachidienne segmentaire
- ▶ Hyperostose vertébrale engainante
- ▶ Méga cul de sac dural

...



Évaluation initiale d'une lombalgie chronique

- ▶ Insister sur le **contexte professionnel** et le **contexte psychosocial**
 - ▶ Contexte professionnel :
 - ▶ Profession à risque ? Port de charge lourde ? Position assise prolongée ?
 - ▶ 2 facteurs : vibrations basse fréquence et manutention (tableau 97 et 98 MP)
 - ▶ Contexte psychosocial :
 - ▶ Sd dépressif sous-jacent ? Personnalité du patient ?
- ▶ Autres éléments à prendre en compte :
 - ▶ Histoire pondérale :
 - ▶ Prise de poids ? Perte de poids ? Grossesse récente ?
 - ▶ Thérapeutiques antérieures
 - ▶ Médicamenteuse
 - ▶ Kinésithérapie : exercices actifs ou seulement antalgiques ?

Prise en charge thérapeutique du lombalgique chronique : options thérapeutiques

- ▶ **Prise en charge multidisciplinaire** (médecin traitant, médecin du travail, rhumatologue, rééducateur, kinésithérapeute...)
- ▶ Options médicamenteuses :
 - ▶ Palliers 1, 2 voire 3
 - ▶ AINS en cure courte
 - ▶ Tricycliques
 - ▶ Pas de corticothérapie orale (fractures secondaires...), infiltrations rachidiennes
- ▶ Options non médicamenteuses :
 - ▶ Rééducation +++ , programmes de réadaptation posturale, École du dos
 - ▶ TENS, ceinture lombaire (pas d'effet amyotrophiant), lombostat
 - ▶ Cure thermale
 - ▶ Thérapie cognitivo-comportementale

Prise en charge thérapeutique du lombalgique chronique : stratégie thérapeutique

- ▶ Recommandations HAS 2000 : 4 axes de prise en charge
- ▶ Prise en charge de la douleur
- ▶ Restauration de la fonction
- ▶ Accompagnement psychologique
- ▶ Réinsertion professionnelle

Take home messages

- ▶ Lombalgies aiguës :
 - ▶ Fréquentes
 - ▶ Éliminer les causes symptomatiques
 - ▶ Pas d'examens complémentaires systématiques
 - ▶ 90% de guérison à 2 mois
- ▶ Lombalgies chroniques :
 - ▶ Les identifier tôt (yellows flags)
 - ▶ Composante professionnelle +++
 - ▶ Collaboration multidisciplinaire
 - ▶ 4 axes de prise en charge



Merci de votre attention