

3. DIAGNOSTIC D'UNE LOMBALGIE AIGÜE DE L'ADULTE

Bruno Fautrel

Les pathologies lombaires sont extrêmement fréquentes, au point d'être devenues un problème de santé publique. Pour cette raison, des conférences de consensus ont été réalisées dans plusieurs pays afin de rationaliser la prise en charge de ces affections. Les recommandations anglaises et américaines, et les articles scientifiques sur lesquels elles se sont fondées, ont servi de base pour ce chapitre ^(5, 21).

1 / DEUX GRANDS CADRES NOSOLOGIQUES

On distingue habituellement :

- **Les lombalgies communes**, en rapport avec une pathologie mécanique pouvant toucher les muscles, les disques intervertébraux ou les articulations interapophysaires postérieures. Dans l'immense majorité des cas, leur évolution est favorable.
- **Les lombalgies symptomatiques**, révélatrices d'une affection plus sérieuse, telle qu'une maladie osseuse, traumatique, tumorale ou infectieuse. Leur gravité potentielle rend nécessaire la réalisation d'explorations complémentaires afin de préciser le diagnostic et d'engager un traitement étiologique.

2/ DEUX GRANDS PRINCIPES

La prise en charge doit être guidée par deux principes qui correspondent en fait aux deux principaux dangers à redouter au cours des pathologies rachidiennes.

2.1 *Ne pas méconnaître une pathologie grave*

Il faut connaître les signes d'appel pouvant évoquer ces situations, afin de pratiquer les investigations nécessaires et de débiter les traitements d'emblée les plus adaptés. Ces cas sont peu fréquents en comparaison des formes plus banales de lombalgies aiguës, pour lesquelles un traitement symptomatique empirique suffit le plus souvent.

Cette gravité peut revêtir deux aspects.

2.1.1 *Lombalgie symptomatique*

La liste des affections possibles est longue, même si chacune d'entre elles est peu fréquente. Leur recherche systématique et méticuleuse est impossible dans le temps nécessairement limité d'une consultation médicale. Aussi, la plupart des recommandations ont préféré identifier des signes simples devant faire remettre en cause le diagnostic de lombalgie commune et inciter à des investigations complémentaires ou l'orientation du patient vers un milieu spécialisé : ils sont appelés "Alertes Rouges" (tableau 1) ^(5, 21).

En dehors de leur présence, une attitude pragmatique peut être envisagée, et le traitement symptomatique peut être prescrit sans recours à des examens complémentaires.

2.1.2 *Forme grave de lombalgie commune*

Quand le diagnostic de lombalgie commune est retenu, il faut systématiquement rechercher l'existence d'une forme grave, pouvant laisser des séquelles en l'absence de prise en charge adaptée. Ces urgences sont au nombre de trois (tableau 2, page 34).

Elles doivent conduire à orienter le patient en urgence en milieu médico-chirurgical.

Remarque : la simple absence d'un réflexe tendineux ou l'existence d'une hypoesthésie en dehors de la marge anale ne constituent pas des signes de gravité.

TABLEAU 1 : Signes d'Alerte Rouge chez un patient souffrant de lombalgie aiguë

- Âge de début des symptômes avant 20 ans ou après 55 ans
- Traumatisme violent (choc direct ou chute d'une hauteur importante)
- Douleur constante, progressivement croissante
- Douleur non mécanique : douleur supérieure le matin par rapport au soir
 - raideur matinale de plus de 15 à 30 minutes
 - réveils nocturnes non liés à un changement de position
- Anomalies neurologiques dépassant le métamère atteint (en cas de sciatique)
 - atteinte bilatérale, troubles sphinctériens
 - atteinte pyramidale
- Douleur thoracique associée (incite à rechercher une pathologie vasculaire)
- Terrain polyvasculaire, notion d'anévrisme de l'aorte
- Altération de l'état général, perte de poids inexpliquée, sueurs nocturnes
- Fièvre
- Antécédent de maladie néoplasique (même considérée guérie)
- Toxicomanie, séropositivité pour le VIH
- Corticothérapie par voie générale
- Raideur lombaire persistante
- Déformation rachidienne importante

2.2 Ne pas laisser s'installer une lombalgie chronique

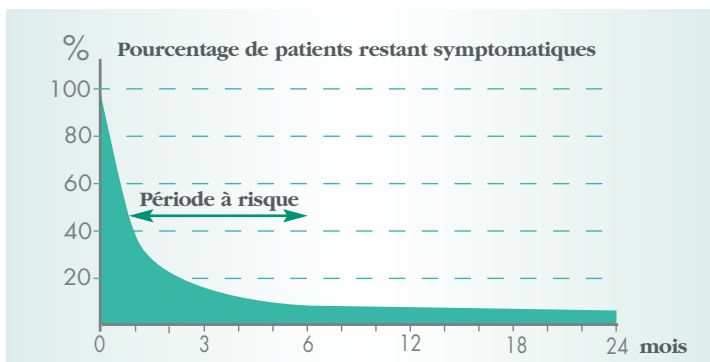
Lorsqu'une affection grave a été écartée et que le diagnostic de lombalgie commune est retenu, le principal danger est alors une évolution vers la chronicité. Une lombalgie est dite chronique lorsque son évolution dépasse trois mois.

La figure 1 (page 34) donne le profil évolutif général des lombalgies communes. La moitié des patients s'améliorent en quelques jours après un épisode lombaire aigu et 80 à 90 % d'entre eux sont guéris à 3 mois. Pour ceux qui restent symptomatiques, le pronostic s'assombrit : à 6 mois, les chances de guérison et de reprise du travail sont faibles ; à 2 ans, elles sont nulles.

TABLEAU 2 : Formes graves des lombalgies communes :
Les urgences médico-chirurgicales à ne pas manquer

<p>Syndrome de la queue de cheval</p>	<ul style="list-style-type: none"> • anesthésie ou hypoesthésie en selle • dysurie, rétention urinaire • incontinence urinaire ou anale • diminution de la sensibilité anale lors du passage des urines ou des fèces • hypotonie du sphincter anal • anérection <p><i>Un seul de ces signes suffit pour évoquer cette urgence</i></p>
<p>Sciatique déficitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la force d'un ou plusieurs muscles • Cotation inférieure ou égale à 3 (<i>pas de force contre résistance</i>)
<p>Sciatique hyperalgique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance aux antalgiques de classe III (morphiniques) <p><i>En pratique, douleur non améliorée par Moscontin® ou Skenan LP®, 30 mg x 2 / jour.</i></p>

FIGURE 1 : Schéma évolutif général des lombalgies communes



La plupart des auteurs s'accordent pour identifier une période à risque au cours de laquelle le pronostic passe rapidement de bon à mauvais : cette période se situe entre six semaines et trois mois après un épisode aigu. Pour réduire le risque de chronicisation, la prise en charge thérapeutique doit être adaptée et intensifiée en combinant antalgiques (+ AINS), rééducation et reconditionnement à l'effort ^(5, 21).

Le passage à la chronicité est lourd de conséquences pour le patient, sur le plan humain et social. Les arrêts de travail sont souvent prolongés et répétés, ce qui compromet leur insertion professionnelle ; beaucoup d'entre eux se retrouvent au chômage, en reclassement professionnel ou en invalidité ce qui représente le plus souvent une perte de revenus substantielle. L'ensemble a en général un impact négatif sur la vie relationnelle des patients : problèmes de couple, difficultés parents-enfants, éloignement des amis, etc...

Les conséquences sont également importantes pour la société. Bien que ne représentant qu'un faible pourcentage des lombalgies aiguës, ce type de patients est à l'origine de 80% des coûts liés aux maux de dos en France ⁽¹⁵⁾.

Des facteurs de risques de chronicisation ont été identifiés par les différents travaux de consensus (tableau 3) ^(1-4, 6, 7, 10-12, 14, 16, 21).

TABLEAU 3 : Facteurs de risque de passage à la chronicité des patients souffrant de lombalgie aiguë

- Antécédents de lombalgie, répétition d'accès aigus
- Arrêt de travail du fait des lombalgies dans l'année précédent l'épisode
- Association à une sciatique, signe de Lasègue positif, anomalie à l'examen neurologique
- Diminution de l'endurance musculaire (muscles du tronc)
- Mauvaise condition physique
- Tabagisme important
- Alcoolisme
- Syndrome dépressif, détresse psychologique au sens large
- Problèmes personnels, conjugaux ou financiers
- Impression personnelle de mauvaise santé
- Attitude disproportionnée par rapport au problème lombaire
- Insatisfaction au travail, conflit avec son employeur
- Revendications médico-légales

Parmi eux, il est important d'insister sur les facteurs psychologiques qui sont fréquemment négligés chez ces patients ; ils interviennent dès le stade aigu d'une lombalgie et influencent la réponse des patients aux traitements ^(7, 8, 10-12, 14, 19-21). Il semble même que leur impact sur l'évolution de la lombalgie soit supérieur aux autres éléments pronostiques ^(6-8, 10-12, 14).

3/ QUEL EXAMEN CLINIQUE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE DE TOUS LES JOURS ?

3.1 Interrogatoire

C'est le temps essentiel pour la recherche des signes d'Alerte Rouge. Il permet aussi de préciser les facteurs déclenchants et les positions antalgiques qui permettent d'orienter le diagnostic (tableau 4). Il est important d'insister d'emblée sur le fait que l'intensité des symptômes n'est pas corrélée à la gravité de la lésion causale.

3.2 Examen lombaire

L'examen ne peut se faire que sur un sujet torse nu. L'inspection permet de mettre en évidence une attitude antalgique, ou simplement une contracture des muscles paravertébraux.

La mobilisation douce du rachis doit respecter la douleur et permet de juger de la raideur rachidienne. Elle peut également orienter vers une origine discale ou articulaire postérieure (tableau 4). La palpation recherche des points douloureux en regard d'un espace inter-épineux (en faveur d'un problème discal) ou d'une articulation inter-apophysaire postérieure (en faveur d'un conflit articulaire postérieur). La percussion des épineuses (à l'aide d'un marteau à réflexe) peut parfois réveiller une douleur élective ; elle traduit en général l'existence d'une pathologie osseuse vertébrale et doit inciter à rechercher d'autres signes d'Alerte Rouge.

Il est important de noter que le but de l'examen clinique est d'éliminer une pathologie grave. La distinction entre origine purement musculaire, discale ou articulaire postérieure n'a que peu d'intérêt au stade aigu d'une lombalgie car la prise en charge est identique dans toutes ces situations.

TABLEAU 4 : Signes cliniques d'orientation au cours des lombalgies aiguës

	Hernie discale	Pathologie articulaire postérieure
Circonstances	<ul style="list-style-type: none"> • Effort déclenchant 	
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur mécanique • Impulsivité à la toux • Raideur/Contracture paravertébrale • Attitude antalgique • Sonnette inter-épineuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur mécanique • Pas d'impulsivité • Pas de contracture majeure • Sonnette en regard d'une articulation inter-apophysaire postérieure • Parfois réveils nocturnes courts lors des changements de position • Parfois raideur matinale brève (moins de 15')
Augmentation de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Position assise principalement • Extension ou antéflexion rachis 	<ul style="list-style-type: none"> • Position debout statique • Décubitus ventral ou dorsal • Rotation/extension
Amélioration de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Décubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Chien de fusil • Antéflexion rachis

3.3 Recherche d'une compression neurologique (cruralgie, sciatique ou autre)

L'interrogatoire est le principal élément d'orientation : une cruralgie donne une douleur sur la face antérieure de cuisse et de jambe. Une sciatique donne une douleur plus postérieure, se terminant sur le pied (L5) ou sous le pied (S1) (tableau 5, page 38).

L'existence d'un signe de la sonnette (déclenchement de la douleur sciatique ou crurale à la pression d'un espace inter-épineux) ou d'une douleur en extension est évocatrice d'une pathologie discale⁽¹⁷⁾. Le signe de Lasègue (déclenchement de la douleur irradiée par l'élévation du membre inférieur maintenu en extension, le sujet étant en décubitus dorsal) témoigne de conflit sur la racine, mais n'a pas de valeur pour en préciser l'origine. Il en est de même pour le signe du crural, aussi appelé signe de Léri (déclenchement de la douleur irradiée par la flexion de la jambe sur la cuisse, le sujet étant en décubitus ventral). En cas de sciatique, le testing musculaire, la recherche d'un syndrome pyramidal et l'examen de la région périnéale sont indispensables.

TABLEAU 5 : Principales caractéristiques des irradiations radiculaires.

		Territoire sensitif Siège de la douleur	Réflexe tendineux	Déficit moteur
Cruralgie	L2	• face interne cuisse		• psoas (fléchisseur de hanche)
	L3	• face antérieure cuisse • genou	rotulien	• psoas (fléchisseur de hanche) • quadriceps (extens. du genou)
	L4	• face antéro-ext. cuisse • bord ant. jambe	rotulien	• quadriceps (extens. du genou) • jambier ant. (releveur du pied)
Sciaticque	L5	• aîne • face postéroexterne cuisse • face postéroext. jambe • bracelet cheville • dos pied • 1 ^{er} orteil		• releveurs commun des orteils • releveurs propre du gros orteil • péroniers lat. (éversion du pied) • moyen-fessier (abducteur de hanche)
Sciaticque	S1	• face post. cuisse et jambe • talon • plante du pied • bord externe pied, • 5 ^{ème} orteil	achilléen	• triceps (fléchisseur plantaire du pied) • ischio-jambiers (fléchisseur du genou)

Il est important de garder à l'esprit qu'une lombalgie commune, qu'elle soit limitée au rachis ou associée à une radiculalgie, n'entraîne pas de boiterie. Si une boiterie est observée, il faut remettre en cause ce diagnostic. Il peut s'agir d'une pathologie sacro-iliaque, coxo-fémorale ou d'un déficit moteur lié à un problème neurologique.

3.4 Le reste de l'examen clinique

Il faut bien admettre que l'examen clinique permet rarement le dépistage de pathologies trompeuses telles que des adénopathies rétropéritonéales douloureuses, un anévrisme de l'aorte ou une maladie du tractus urinaire. C'est tout l'intérêt des éléments d'orientation et d'alarme que sont les alertes rouges. Leur découverte permet d'orienter plus précisément l'examen clinique.

3.5 Quelques tableaux cliniques à savoir reconnaître

3.5.1 Un neurinome

La douleur est typiquement nocturne et oblige le sujet à se lever pour la calmer. On parle de douleur "à dormir debout". L'examen clinique est assez pauvre et ce sont surtout les radiographies (élargissement d'un trou de conjugaison sur les clichés de 3/4) et l'IRM (image hyperintense en séquence T2) qui permettent le diagnostic.

3.5.2 Une douleur sacroiliaque

La douleur est principalement située dans la fesse, et peut irradier dans la face postérieure de la cuisse. Elle peut engendrer une boiterie. Elle est authentifiée par l'examen clinique qui déclenche la douleur soit à la pression de la sacro-iliaque en position debout (signe du piston), soit à la pression du sacrum en décubitus ventral (signe du trépied), soit lors de l'écartement des ailes iliaques en décubitus dorsal. Par ailleurs, la douleur est augmentée par le sautiller monopodal. La radio ou le scanner permettent de confirmer le diagnostic.

3.5.3 Tendinite du moyen fessier

Elle survient le plus souvent après une marche intense et peut simuler une sciatique. La douleur siège dans la région trochantérienne, est reproduite par la pression sur le trochanter et l'abduction contrariée de hanche. Le diagnostic est clinique et ne nécessite aucun examen complémentaire.

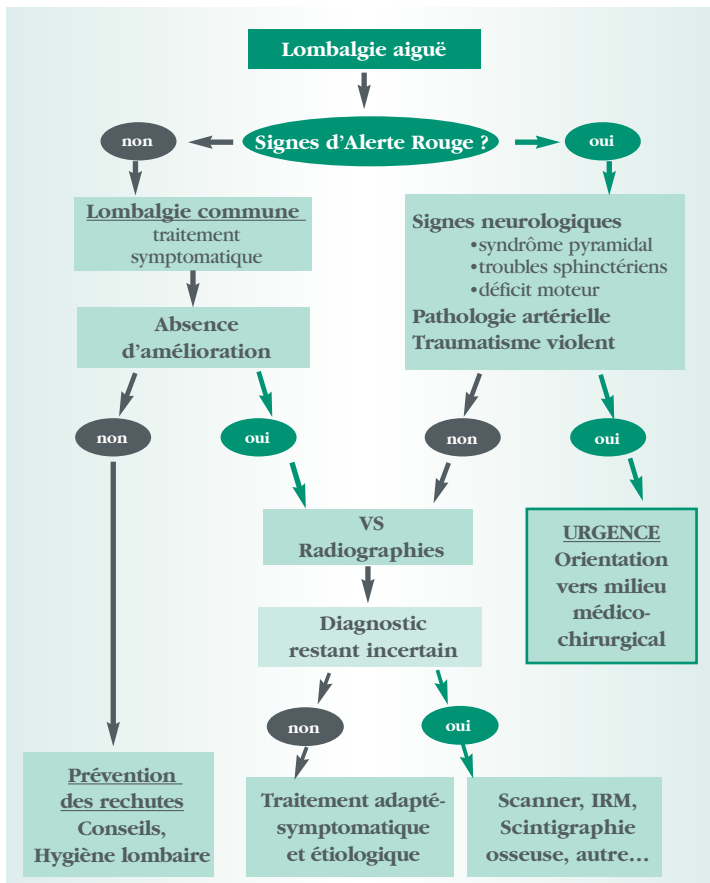
3.5.4 Fissure ou fracture du sacrum

Il s'agit d'une pathologie du sujet âgé. La douleur est en général intense et rend impossible ou très difficile la marche. Elle peut être consécutive à une chute ou bien complètement spontanée. Le réveil de la douleur à la percussion du sacrum permet d'évoquer le diagnostic, la confirmation étant apportée par la radiographie de bassin, le scanner, voire la scintigraphie osseuse (hyperfixation en H).

4/ QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ?

La grande fréquence des lombalgies aiguës doit amener à utiliser de façon rationnelle les ressources de notre système de santé et à avoir recours avec modération et discernement aux explorations complémentaires (figure 2).

FIGURE 2 : Arbre décisionnel devant une lombalgie aiguë



En l'absence de signes d'Alerte Rouge, aucun examen complémentaire n'est en général nécessaire d'emblée. Ce n'est qu'en cas de persistance des symptômes lors d'une consultation de suivi que la prescription d'examens biologiques (principalement une vitesse de sédimentation dans un premier temps) et radiologiques (clichés de rachis lombaire F et P, cliché de bassin de face en charge) sera justifiée.

En cas de signe(s) d'Alerte Rouge, la prescription d'une vitesse de sédimentation et de radiographies du rachis est nécessaire d'emblée (en dehors des cas où le patient doit être référé en urgence en milieu spécialisé). En général, ces examens fournissent des éléments d'orientation qui permettent de choisir les investigations ultérieures : scanner, IRM et/ou scintigraphie osseuse.

5/ QUELQUES ÉLÉMENTS-CLÉS À RETENIR

Il sont regroupés dans le tableau 6. Les exposer au patient de façon claire permet de réduire son anxiété et d'améliorer sa compliance aux traitements ainsi que sa satisfaction ^(5,9,13,18,21).

TABLEAU 6 : Quelques éléments-clés à retenir et à indiquer au patient

Dans le cadre des lombalgies communes :

- Les symptômes les plus intenses s'améliorent toujours considérablement en quelques jours. Les symptômes les plus légers peuvent persister, éventuellement plusieurs mois.
- La plupart des patients ont des récives de leurs douleurs de temps à autre. Ces récives sont normales et ne signifient pas une aggravation des lésions rachidiennes existantes ou l'apparition d'une nouvelle pathologie.
- 10 % des patients ont des symptômes persistants un an après une lombalgie aiguë. La plupart d'entre eux peuvent néanmoins reprendre leurs activités antérieures ; grâce à cela, ils se sentent en meilleure santé, ont meilleur moral et consomment moins de médicaments contre la douleur.
- Plus l'interruption de travail du fait de la lombalgie aiguë est prolongée, plus les chances de retourner un jour au travail sont faibles.
- Les douleurs lombaires n'augmentent en général pas avec l'âge.

Grâce aux différents consensus publiés, la prise en charge des lombalgies aiguës peut se concevoir de façon rationnelle, privilégiant le bon sens clinique plutôt que la multiplication d'examens complémentaires.

Références

1. Biering-Sorensen F. A one-year prospective study of low back trouble in a general population. The prognostic value of low back history and physical measurements. *Dan Med Bull* 1984;31:362-75.
2. Biering-Sorensen F. Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. *Spine* 1984;9:106-19.
3. Biering-Sorensen F, Thomsen C. Medical, social and occupational history as risk indicators for low-back trouble in a general population. *Spine* 1986;11:720-5.
4. Biering-Sorensen F, Thomsen CE, Hilden J. Risk indicators for low back trouble. *Scand J Rehabil Med* 1989;21:151-7.
5. Bigos SJ, Bowyer OR, Braen GR, Brown K, Deyo RA, Haldeman S. (US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research.). Acute low back problems in adults. Clinical practice guidelines no.14. 1994 December. Report No.:AHCPR publication no. 95-0642.
6. Burton AK, Tillotson KM. Prediction of the clinical course of low-back trouble using multivariable models. *Spine* 1991;16:7-14.
7. Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S. Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine* 1995;20:722-8.
8. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999;24:2484-91.
9. Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low-back pain. *Spine* 1986;11:28-30.
10. Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988;15:1557-64.
11. Gatchel RJ, Polatin PB, Kinney RK. Predicting outcome of chronic back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis. *Health Psychol* 1995;14:415-20.

12. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine* 1995;20:2702-9.
13. Jones SL, Jones PK, Katz J. Compliance for low-back pain patients in the emergency department. A randomized trial. *Spine* 1988;13:553-6.
14. Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, et al. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine* 1995;20:478-84.
15. Lafuma A, Fagnani F, Vautravers P. Management and cost of care for low back pain in primary care settings in France. *Rev Rhum Engl Ed* 1998;65:119-25.
16. Lloyd DC, Troup JD. Recurrent back pain and its prediction. *J Soc Occup Med* 1983;33:66-74.
17. Poiraudau S, Foltz V, Drape JL, et al. Value of the bell test and the hyperextension test for diagnosis in sciatica associated with disc herniation: comparison with Lasegue's sign and the crossed Lasegue's sign. *Rheumatology (Oxford)* 2001;40:460-6.
18. Roland M, Dixon M. Randomized controlled trial of an educational booklet for patients presenting with back pain in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:244-6.
19. Waddell G. Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillieres Clin Rheumatol* 1992;6:523-57.
20. Waddell G. How patients react to low back pain. *Acta Orthop Scand Suppl* 1993;251:21-4.
21. Waddell G, McIntosh A, Hutchinson A, Feder G, Lewis M. (Royal College of General Practitioners). *Low Back Pain Evidence. Review.* 1999.

