Douleurs lombaires – Diagnostic

R. Stebler[a], R. Putzi[b], B. A. Michel[a]

[a] Clinique rhumatismale et institut de médecine physique, Hôpital universitaire de Zurich
[b] Cabinet de médecine interne et de rhumatologie, Regensdorf ZH

Correspondance:
Dr. R. Stebler
Rheumaklinik
UniversitätsSpital
CH-8091 Zurich

Introduction

Les douleurs lombaires sont un symptôme très fréquent, 60 à 90% des adultes en souffrent au moins une fois au cours de leur vie. Il s'agit la plupart du temps de lombalgies mécaniques, elles sont autolimitantes et disparaissent dans 80 à 90% des cas en l'espace d'environ six semaines. Les douleurs lombaires revêtent cependant une importance socioéconomique considérable. Elles sont la cause la plus fréquente d'une incapacité de travail aux Etats-Unis, et l'une des causes les plus fréquentes de consultation chez le médecin. Les 10% des patients chez lesquels les troubles se sont chronifiés (qui sont autrement dit d'une durée de plus de trois mois) sont en l'occurrence à l'origine de 90% des coûts. Les examens et les traitements médicaux représentent environ un tiers de ceux-ci, et les coûts sociaux par manque à gagner les deux autres tiers. Il est donc indispensable de prendre en compte les données socioéconomiques citées lors du diagnostic et du traitement de douleurs lombaires.
La classification des douleurs lombaires n'est pas unitaire. En ce qui concerne la durée des troubles, on fait en règle générale une distinction entre lombalgies aiguës (4 à 6 semaines au max.), subaiguës (6 à 12 semaines), chroniques (plus de 12 semaines) et récidivantes [1].

Méthode diagnostique

Parce qu'il faut agir dès le début contre le processus de chronification, un examen des douleurs lombaires aussi ciblé que possible et adapté en fonction de la situation doit être effectué. Des causes dangereuses de douleurs (syndrome cauda-equina en cas de hernie discale importante), et de lombalgies non-mécaniques (p. ex. M. Bechterev) et mécaniques (p. ex. sténose spinale en cas de dégénérescence de la colonne vertébrale) peuvent être différenciées à l'aide de l'anamnèse et d'un examen clinique [2], (Figure 1). Une manière de procéder prioritairement opératoire doit être envisagée dans le cas de syndrome cauda-equina avec troubles vésicaux et rectocèles ou d'un syndrome de compression avec parésie significative (mouvements contre résistance impossibles, p. ex. pied ballant). Un devoir du médecin est de déceler les 10% (pourcentage approximatif) de patients souffrant de lombalgies non-mécaniques. Font partie de ce groupe:
- Les maladies rhumatismo-inflammatoires (surtout spondylarthrites séronégatives, p. ex. M. Bechterew)
- Les infections (spondylodiscite, abcès épidural)
- Les tumeurs (métastases osseuses, plus rarement tumeurs osseuses primaires)
- Les maladies viscérales (surtout rétropéritonéales et urogénitales)

Les signes d'alarme ou «red flags» [4] signalent une origine non-mécanique de la douleur ou une fracture (Tableau 1); dans cette situation, un examen médical précoce supplémentaire est indiqué.
Il s'agit dans 90% des cas de lombalgies mécaniques, qui ne peuvent être attribuées que par-

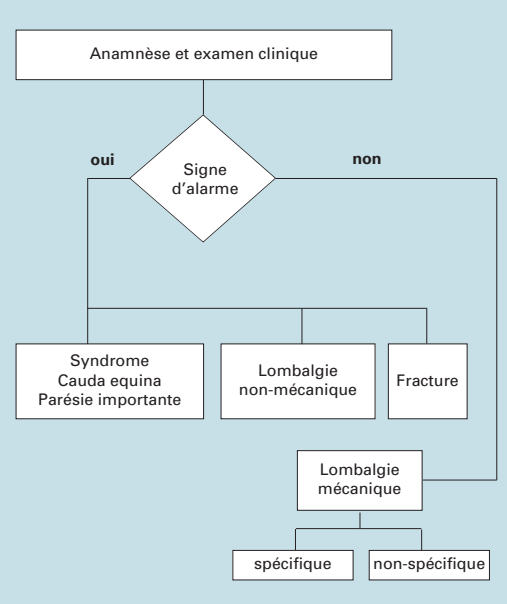

Figure 1.
Douleur lombaire aiguë, appréciation initiale.

Tableau 1.
Signes d'alarme lors de douleurs lombaires («red flags»).

Age inférieur à 20 ans ou supérieur à 50 ans
Tumeur maligne dans l'anamnèse
Perte de poids inexpliquée
Traumatisme adéquat
Douleur croissante
Pas d'amélioration par l'alitement
Douleur principalement nocturne
Raideur matinale de plus d'une heure
Consommation de drogue par voie intraveineuse
Thérapie à la cortisone de longue durée
Infection urinaire simultanée
Infection cutanée simultanée
Trouble fonctionnel vésical et rectocèle

tiellement à une cause spécifique à l'aide d'une anamnèse et d'examens [5] ciblés [6], (voir diagnostic différentiel). Mais il s'agit souvent de lombalgies non spécifiques, pour lesquelles il n'est pas possible de confirmer une corrélation spécifique de cause à effet; sans doute sont-ce des contractures musculaires et des tendinites d'insertion qui jouent un rôle important dans la genèse des douleurs. Du point de vue du médecin généraliste, il est important de savoir que les lombalgies guérissent en peu de semaines dans 80 à 90% des cas, de telle sorte qu'aucun examen de laboratoire ou radiologique supplémentaire ne s'avère nécessaire ici. L'assistance-conseil, le traitement initial de la douleur et le contrôle de l'évolution du patient occupent ici le premier plan. En cas d'augmentation des troubles ou de persistance sur plus de 4 semaines, un examen supplémentaire ciblé à l'aide d'une radiographie (rachis lombaire antéro-postérieur/latéral), si nécessaire en outre une tomographie à résonance magnétique est recommandée (en cas de présomption de spondylodiscite ou d'irritation radiculaire en l'absence de niveau clinique clair), une tomodensitométrie (pour l'appréciation de pathologies osseuses, p. ex. des articulations intervertébrales) ou une scintigraphie (chez les patients âgés avec présomption de métastases osseuses). Il est important de savoir dans ce contexte que l'on trouve souvent les mêmes modifications radiologiques chez les patients que chez les personnes en bonne santé, ainsi surtout des modifications dégénératives massives à la radiographie ou des protrusions sur la tomographie à résonance magnétique. Les résultats radiologiques doivent donc toujours être interprétés en relation avec les résultats cliniques [7]. De même, l'examen radiologique ne devrait pas ne pas être ciblé, mais toujours avoir lieu en fonction du tableau clinique existant.

Diagnostic différentiel des lombalgies mécaniques

Dans le cas idéal, les résultats cliniques permettent de diagnostiquer un syndrome indiquant l'origine de la douleur. Un syndrome lomboarticulaire typique peut être diagnostiqué de manière simple, mais on est souvent en présence de résultats non-spécifiques ou d'un tableau clinique mixte. En présence de douleur irradiante dans la jambe, il faut faire la différence entre un syndrome spondylogène, un syndrome radiculaire et une claudication neurogène.

Syndrome spondylogène. Des douleurs issues du segment en mouvement et des troubles de la sensibilité peuvent être transmises par l'intermédiaire de myotomes et des zones de Head, et ressenties par le patient au niveau des extrémités. On désigne ceci par irradiation spondylogène ou pseudoarticulaire. Le patient se plaint de douleurs diffuses n'irradiant pas segmentairement. Cliniquement parlant, on trouve des troubles de la sensibilité non liées à un dermatome (dysesthésies) et des contractures musculaires avec états d'irritation secondaires des racines tendineuses le long des chaînes de fonctions de muscles (tendinites en chaîne). Les tendinites dans le domaine de la musculature du fessier, du trochanter major, du tractus iliotibiale et du pesanserinus sont typiques dans le domaine des extrémités inférieures.

Syndrome radiculaire. Des douleurs dans les jambes dans la zone d'extension de la racine nerveuse concernée, allant souvent vers le gros orteil (L5) ou le petit orteil (S1) occupent le premier plan. Il s'agit d'une douleur persistante aiguë, tranchante, renforcée par le mouvement, par la toux, par un éternuement ou par pression. Dans le cas d'un syndrome radiculaire de déficience, on trouve des troubles de la sensibilité non liées à un dermatome, des déficiences motrices et/ou des affaiblissements réflexes des racines nerveuses concernées. Le test de Lasègue (douleurs radiculaires et arrêt du mouvement en dessous de 60° en levant la jambe tendue) possède du point de vue diagnostique une sensibilité élevée (1,0-0,88), mais une faible spécificité (0,44-0,11), le test Lasègue croisé présente par contre une spécificité élevée (0,95-0,86) pour une faible sensibilité (0,44-0,23) [8]. L'origine d'un syndrome radiculaire est le plus souvent une hernie discale ou une irritation de racine nerveuse dans le foramen intervertébral par des modifications dégénératives.

Sténose spinale. Par la spondylarthrose dorsale, par des transformations dégénératives des articulations intervertébrales et secondairement des ligamenta flava, se produit avec l'âge un rétrécissement du canal spinal, du recessus lateralis ou du foramen intervertébral. Le symptôme directeur en sont des troubles unilatéraux mais souvent aussi bilatéraux au niveau des jambes, déclenchés par la marche ou la station debout et qui peuvent être soulagés par une antéflexion ou par le fait de s'asseoir. Le soulagement de la douleur dure plutôt plus longtemps que lors de claudication vasculaire: pour un périmètre de marche fortement limité, faire de la bicyclette n'est la plupart du temps pas limité (attitude cyphotique), et cela contrairement aux troubles de l'irrigation artérielle. Lors de l'examen, on trouve souvent une attitude d'évitement de position antefléchie et une mobilité du rachis lombaire sérieusement limitée. Par une extension lombaire maintenue (30 secondes), il est souvent possible de dé-

clencher la symptomatologie. Des déficiences neurologiques surviennent souvent seulement après provocation, telles que faiblesse croissante de la jambe lors de marche ou disparition des réflexes après effort. Les déficiences peuvent ne concerner que des racines isolées (sténoses latérales) ou toutes les racines à partir d'un certain segment (sténoses centrales). On trouve aussi occasionnellement une divergence entre des résultats radiologiques étendus et la symptomatologie clinique légère [9].

Instabilité. Bien qu'il n'existe pas de définition unitaire de l'instabilité spinale, il est admis de manière générale que certaines maladies telles que la spondylolisthésis en cas de spondylolyse ou des modifications dégénératives de la colonne vertébrale peuvent conduire à une instabilité. Des lombalgies en constituent le symptôme directeur, elles sont déclenchées par des mouvements et disparaissent au repos. Une irradiation de la douleur indépendante du mouvement dans le fessier et la cuisse existe partiellement. Certains patients décrivent une augmentation de la douleur en cas de vibrations (p. ex. dans le tram ou dans le train) et des blocages. Du point de vue clinique, on trouve des douleurs dues au mouvement, il existe souvent une contracture musculaire réflexe. Dans des cas typiques, un déroulement anormal et douloureux du mouvement peut être observé lors de redressement avec prise d'appui des mains sur les cuisses (phénomène de Kletter). La valeur diagnostique des examens des fonctions latérales en inclinaison et réclinaison est contestée, dans la mesure où l'instabilité est sous-estimée lors d'une limitation du mouvement due à la douleur et que d'autre part l'on trouve des translations de mouvements de 4 mm chez jusqu'à un tiers des personnes-test asymptomatiques [10].

Syndrome des facettes. On désigne par syndrome des facettes des lombalgies issues des articulations des facettes (articulations intervertébrales). Le syndrome des facettes en tant que seule cause de douleurs lombaires est controversé. On trouve dans la littérature récente des données indiquant une association nette entre un trouble de l'articulation intervertébrale et des lombalgies [11]. Des douleurs dorsales augmentant lors d'extension ou de rotation latérale sont typiques, une irradiation pseudoradiculaire de la douleur dans les zones glutéofémorale et glutéoinguinale peut survenir. Les douleurs apparaissent aussi lors de redressement d'une position antéfléchie, la marche descendante est généralement plus douloureuse que la marche à la montée. Les patients souffrant d'une arthrose de facettes parlent souvent aussi d'une symptomatologie de «Anlauf». En situation d'étude, les douleurs peuvent être provoquées par une extension et une rotation latérale forcées, on ne trouve des déficiences neurologiques que lors d'arthrose massive des articulations intervertébrales avec compression secondaire des racines nerveuses. Le diagnostic peut être assuré par infiltration de l'articulation intervertébrale concernée sous anesthésie locale.

SSI – Syndrome de l'articulation sacro-iliaque. Le syndrome directeur d'un syndrome SSI est une douleur lombaire profonde dans le dos et le fessier, souvent avec irradiation à l'arrière de la cuisse. Le SSI, de par sa localisation en profondeur, est plus difficile à examiner. La palpation (douleur à la pression, contracture dans le domaine SSI) ainsi que le contrôle de la fonction apportent des indications cliniques; le contrôle de fonction révèle une mobilité SSI limitée (phénomène de «Vorlauf») ainsi qu'une douleur lors de test de stress (test de Patrick, test de Menell), tests dont la valeur clinique est cependant controversée [12]. La signification clinique des résultats SSI peut être mieux appréciée par un blocage SSI avec anesthésie locale. Une cause primaire de la douleur réside dans l'articulation sacro-iliaque chez une petite partie de patients souffrant de lombalgies mécaniques. Les troubles du SSI apparaissent la plupart du temps de manière secondaire, ainsi p. ex. dans le cas de syndromes radiculaires ou spondylogènes. Dans le cas d'un syndrome sacro-iliaque, il faut en outre envisager aussi en

Tableau 2.
Indications d'une pathologie non-organique (Signes de Waddell).

1	**Sensibilité à la pression**
	Superficiellement: douleur en cas de contact avec la peau au-delà de la zone d'extension du ramus post. du nerf spinal.
	En profondeur: douleur à la pression dans une zone étendue, pas seulement lombaire, mais aussi thoracique, au niveau du sacrum et du bassin.
2	**Manœuvre simulée = examens qui ne devraient être douloureux**
	Compression: douleurs lombaires sous pression légère sur le crâne en station debout.
	Rotation du buste: douleurs lombaires lors de rotation simultanée du bassin et de la ceinture thoracique.
3	**Fausse manœuvre**
	Lasègue: comparaison contrôlée en station debout et allongée
4	**Neuroanatomie**
	Faiblesse: faiblesse de plusieurs groupes de muscles, qui ne peut pas être attribuée à une cause neuroanatomique.
	Trouble de la sensibilité: trouble de la sensibilité qui ne peut pas être attribuée à un dermatome.
5	**Hyperréaction**
	Hyperréaction telle que gémissements exagérés, traits du visage creusés par la douleur, contracture des muscles et tremblements, prise d'appui en station debout et pendant la marche, massage de la zone douloureuse.

Quintessence

- 90% des douleurs lombaires ont une origine mécanique. Il s'agit d'identifier et d'examiner de manière précoce les autres causes à l'aide des signes dits «red flags».
- Dans le cas des douleurs dorsales d'origine mécanique, certains syndromes tels que syndrome radiculaire, sténose spinale et instabilité peuvent être délimités par une anamnèse ciblée et des examens cliniques. Mais on trouve souvent des lombalgies non-spécifiques.
- En règle générale, des examens supplémentaires ne devraient être réalisés que chez des patients présentant des douleurs persistantes ou progressives, ainsi qu'en cas de présomption d'une origine non-mécanique de la douleur.

premier lieu une cause rhumatismale inflammatoire, en particulier une spondylarthrite séronégative.

Comportement anormal de la maladie

Chez les patients souffrant de lombalgies, on trouve occasionnellement une divergence entre l'étendue des troubles indiqués et les résultats cliniques. La cause de cette divergence peut être un comportement anormal de la maladie. Celui-ci est souvent en relation avec des problèmes d'ordre psychosocial. Les patients décrivent des douleurs extrêmes, qui ne peuvent être influencées par rien, les indications semblent souvent confuses. Ils posent eux-mêmes un autodiagnostic mauvais et irréaliste («c'est de pire en pire»), la douleur est dominante et handicape tous les domaines de la vie. Du point de vue clinique, on trouve un comportement démonstrativement douloureux et des résultats d'examen inconstants. Si au moins 3 des 5 signes de Wadell (Tableau 2) sont positifs, il s'agit sans doute d'une cause non-nociceptive de la douleur.

Références

1 Frymoyer JW. Back pain and sciatica. N Engl J Med 1988;318:291-300.
2 Borenstein DG. The Spine : Low Back Pain. In: Klippel JH, Dieppe PA, editors. Rheumatology. London: Mosby; 1998. Section 4.3.1-26.
3 Keel P, Ackermann D, Aeschlimann A, Buchs B, Dalvit G, de Kalbermatten JP et al. Kreuzschmerzen: Empfehlungen für Abklärung und Behandlung. BACK in time. Bern: Verbindung der Schweizer Ärzte FMH; 1997; 5-10.
4 Bigos S, Bowyer O, Braen G, Brown K, Deyo R et al. Acute low back pain in adults. Clinical practice guideline No 14. AHCPR Publication No. 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Dept of Health and Human Services. 1994.
5 Boos N, Kissling R. Diagnostische Abklärung beim lumbalen Rückenschmerz. I. Anamnese und klinische Untersuchung. Schweiz Rundsch Med Prax 1999;88:305-13.
6 Balagué F, Borenstein DG. How to recognize and treat specific low back pain? Baillieres Clin Rheumatol 1998;12:37-73.
7 Boos N, Hodler J. What help and what confusion can imaging provide? Baillieres Clin Rheumatol 1998;12:115-39.
8 van den Hoogen HMM, Koes BW, van Eijk JTM, Bouter LM. On the accuracy of history, physical examination and erythrocyte sedimenation rate in diagnosing low back pain in general practice. Spine 1995;20:318-27.
9 Amundsen T, Weber H, Lilleas F, Nordal HJ, Abdelnoor M, Magnaes B. Lumbar spinal stenosis – clinical and radiological features. Spine 1995;20:1178-86.
10 Pfirrmann CWA, Hodler J, Boos N. Diagnostische Abklärung beim lumbalen Rückenschmerz. II. Bildgebung und bildgebungsgesteuerte Infiltrationen. Schweiz Rundsch Med Prax 1999;88:315-21.
11 Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. Curr Opin Rheumatol 2000;12:143-9.
12 Maigne JY, Aivaliklis A, Pfefer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low back pain. Spine 1996;21:1889-92.