

## Item92-Rachialgie.

| Objectifs CNCI   |  |  |
|--|--|--|
| - Diagnostiquer une rachialgie.<br>- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.   |  |  |
| Recommandations  | Mots-clés / Tiroirs  | NPO / A savoir !   |
| - Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution - recommandations pour la pratique clinique / ANAES / 2000<br>- Polycopié national: <a href="#">Rachialgie</a> | - Commune / symptomatique<br>- Tumoral / infectieux / infl. / trauma<br>- NPO les étiologies extra-rachidiennes<br>- Positif = syndrome rachidien<br>- Retentissement = ex. neurologique<br>- Horaire inflammatoire ou mécanique<br>- Lombalgie aiguë / chronique (> 3mois)<br>- Lumbago: pas d'atteinte radiculaire<br>- Repos-AINS-antalgiques-myorelaxant | - Dégénératif = élimination<br>- Rééducation<br>- Kinésithérapie<br>- Lumbago = aucun examen |

### A. CERVICALGIES

#### Etiologies

##### Cervicalgies communes

- **Cervicarthrose +++**
  - Très fréquente (50% après 40ans) mais le plus souvent asymptomatique
  - !! Rechercher une cervicalgie **symptomatique** même si arthrose (**A savoir !**)
- **Cervicalgie « fonctionnelle »**
  - « torticoli » ou « dérangement inter-vertébral mineur » (DIM)

##### Cervicalgies symptomatiques

- **Tumorales**: métastase / myélome / tumeur neuro (intra-rachidienne)
- **Infectieuses**: spondylodiscite (cf **Infections ostéo articulaires (IOA) de l'enfant et de l'adulte.**)
- **Inflammatoires**: spondylarthropathies / CCA (dent couronnée) / PR (atteinte C1C2, gravité!!)
- **Traumatiques**: fracture / luxation (!! pas de fracture ostéoporotique cervicale)

#### Orientation diagnostique

##### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain**: atcd traumatiques ou tumoraux / profession et sport
  - **Prises**: efficacité des antalgiques / des AINS
  - **Anamnèse**: ancienneté / évolutivité / facteurs déclenchants
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser la cervicalgie**: topographie / retentissement / **horaire (A savoir !)**
    - **Rechercher des signes associés**: AEG / fièvre / céphalées
- **Examen physique**
  - **Diagnostic positif = syndrome cervical**
    - Points douloureux à la palpation / contracture para-vertébrale
    - Restriction des mobilités actives et passives du cou
  - **Retentissement = examen neurologique (A savoir !)**

- sensibilité/motricité: rechercher une atteinte radiculaire ou médullaire, **rechercher signes pyramidaux** (myélopathie cervicarthrosique)+++
- **Myélopathie cervico-arthrosique: atteinte médullaire** (cf [Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval.](#))
  - Claudication médullaire: ↓ périmètre de marche (!! non douloureuse)
  - Syndrome pyramidal aux MI (Babinski / ROT vifs / hypertonie)
  - Troubles de la sensibilité aux MI (profonde: lemniscale)
- **Névralgie cervico-brachiale: atteinte radiculaire** (cf [Radiculalgie et syndrome canalaire.](#))
  - Douleur / déficit moteur / déficit sensitif
- **Insuffisance vertébro-médullaire**
  - = compression du tronc basilaire par l'unco-discarthrose
  - → céphalées / acouphènes / vertiges / AIT du territoire vertébro-basilaire
- **Etiologie = rechercher une cervicalgie symptomatique**
  - **Spondylodiscite**: prise de la **température (A savoir !)** / porte d'entrée
  - **Tumeur**: AEG / ADP / syndrome tumoral primitif / fracture
  - **Rhumatisme**: raideur rachidienne / sacro-iliite / talalgie / arthrite

#### Examens complémentaires

- **En 1ère intention**
  - **Bilan inflammatoire**: NFS / VS-CRP
  - **Radiographies standards**
    - Rachis cervical de face / de profil / de trois-quart
    - +/- cliché bouche ouverte (odontoïde) / dynamique (luxation)
- **Puis selon l'orientation**
  - hémocultures si fièvre / EPP si VS ↑ / TDM si hernie discale, etc.

## Diagnostic étiologique

### Cervicarthrose

- **Examen clinique**
  - Terrain = âge moyen (> 40-50ans) / contraintes mécaniques chroniques
  - Douleur d'**horaire mécanique** / irradiant vers occiput ou membre supérieur
  - Limitation des mobilités et « craquements » fréquents
  - forme particulière: névralgie d'Arnold, secondaire à une arthrose C1C2, hémicranies, visible sur cliché Rx de face bouche ouverte
- **Examens complémentaires**
  - **Radios standards = signes d'arthrose**
    - pincement / condensation sous-chondrale / ostéophytose / géode
    - !! arthrose radiographique fréquente mais rarement symptomatique
  - **IRM médullaire**
    - si myélopathie cervico-arthrosique / souffrance médullaire = hyperT2 centromédullaie

### Spondylodiscite

- **Examen clinique**
  - !! A évoquer systématiquement devant toute cervicalgie fébrile (**A savoir !**)
  - Terrain: rechercher facteurs de risque (ID) et porte d'entrée +++
  - Douleur: **horaire inflammatoire** / insomniante / avec raideur rachidienne
- **Examens complémentaires**
  - **Bilan inflammatoire**: VS et CRP ↑ / NFS = hyperleucocytose neutrophile
  - **Radios standards**: pincement discal / érosion +/- abcès paravertébral (ombre)
  - **IRM +++ :** en urgence / hypoT1 + hyperT2 + hyperT1-gado du disque / érosions en miroir/abcès

### Etiologies tumorales

- **Examen clinique**
  - Terrain: atcd de néoplasie / patient âgé / AEG importante
  - Douleur: **horaire inflammatoire**: insomniantes / résistantes aux antalgiques
  - rechercher compression médullaire+++ (pronostic vitale si atteinte >C4)
  - Bilan d'extension clinique complet: rechercher tumeur primitive
- **Examens complémentaires**
  - **Bilan inflammatoire**: VS élevée (sauf tumeur intra-rachidienne bénigne)
  - **Radio standard**:
    - **Myélome**: déminéralisation / lacunes à l'emporte pièce / **arc post. épargné**
    - **Métastases**: lytique et/ou condensante / **arc post. atteint** / « vertèbre borgne »
    - **Tumeur intra-rachidienne**: élargissement du trou de conjugaison si neurinome
  - **Pour diagnostic histologique**

- Myélogramme si myélome
- biopsie vertébrale ss scanner si métastase

#### Cervicalgie fonctionnelle

- !! Diagnostic d'élimination: seulement si examen clinique et paracliniques normaux
- Terrain: stress / surmenage / contraintes cervicales professionnelles..
- traitement par kinésithérapie

## Traitement

#### Prise en charge

- Prise en charge ambulatoire si cervicarthrose non compliquée
- Selon l'étiologie: hospitalisation en urgence si spondylodiscite

#### Traitement symptomatique

- **Traitement antalgique**
  - selon intensité de la douleur: niveau 1/2/3
  - +/- AINS courte durée ou myorelaxants
- **Contention par collier cervical**
  - Collier cervical de degré +/- élevé (entre 1 et 4)
  - !! Prescription pour durée limitée (sinon amyotrophie)

#### Rééducation et kinésithérapie(A savoir !)

- Rééducation proprioceptive: renforcement musculaire / adaptation posturale
- Techniques associées: massages / balnéothérapie, etc.

#### Traitement étiologique

- !! Chaque fois que possible: ABT si spondylodiscite, RCT si tumeur, etc.

#### Surveillance

## B. DORSALGIES

### Etiologies

#### Dorsalgie commune

- **Aiguë** (« dorsalgo »): début brutal au décours d'un traumatisme ou port de charge lourde
- **Arthrose dorsale** (+/- sur anomalie structurale: cyphose / scoliose)
- **Dorsalgie fonctionnelle**: diagnostic d'élimination si aucune étiologie retrouvée

#### Dorsalgie symptomatique: à toujours rechercher en premier

- **Etiologies extra-rachidiennes +++**
  - **Cardio-vasculaire: IDM (postérieur) / dissection aortique**
  - **Pulmonaire**: pneumothorax / pleurésie / pneumopathie / cancer
  - **Digestive**: pancréatite / UGD / cancer (oesophage et estomac)
  - **Costale**: fracture / arthrite costo-vertébrale / métastase
- **Etiologies rachidiennes**
  - **Tumorale**: métastase / myélome / intra-rachidienne (neurinome / méningiome)
  - **Traumatique**: fracture vertébrale (ostéoporotique ++)
  - **Infectieuse**: spondylodiscite
  - **Inflammatoire**: spondylarthropathie (SpA)

### Orientation diagnostique

#### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain**: atcd traumatiques ou tumoraux / profession et sport
  - **Prises**: efficacité des antalgiques / des AINS
  - **Anamnèse**: ancienneté / évolutivité / facteurs déclenchants
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser la dorsalgie**: topographie / retentissement / **horaire (A savoir !)**
    - **Rechercher des signes associés**: AEG / fièvre / douleur viscérale +++
- **Examen physique**
  - **Diagnostic positif = examen rhumato**

- Inspection de la courbure +++: cyphose ou lordose / scoliose
- Points douloureux et contraction paravertébrale (« signe de la sonnette »)
- Mobilités actives et passives / ampliation thoracique
- Retentissement = examen neurologique (A savoir !)
  - Rechercher un tableau de compression médullaire (cf Compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval.)
  - → syndrome lésionnel (périphérique) / sous-lésionnel (central)
- Etiologie = rechercher une dorsalgie symptomatique
  - Eliminer une cause extra-rachidienne +++ : ex. cardio / pneumo / digestif
  - Rechercher une pathologie rachidienne: porte d'entrée / AEG et ADP, etc.

#### Examen complémentaires

- En 1ère intention
  - Bilan inflammatoire: VS-CRP et NFS
  - Radiographies standards
    - **systématique** si dorsalgie sans orientation (!! ≠ lombalgies)
    - Rachis dorsal de face et de profil +/- clichés dynamiques
- Puis selon l'orientation
  - EPP et bilan phospho-calcique si myélome, TDM si hernie, etc
  - ECG si douleur thoracique / lipasémie si contexte éthylique, etc.

## Diagnostic étiologique

### Dorsalgie commune arthrosique

- Examen clinique
  - Terrain: après 50ans ++ / profession avec port de charges
  - Douleur: posturale / **horaire mécanique**
  - Rechercher déformation du rachis / enraidissement/ attitude scoliotique associé
- Examen complémentaires
  - Radiographies
    - Signes d'arthrose: pincement / ostéophytose / condensation / géode
    - Déformation à rechercher: **scoliose** en cliché de face / cyphose en profil

### Fracture vertébrale ostéoporotique

(cf Ostéopathies fragilisantes)

- Examen clinique
  - Terrain: rechercher FdR d'ostéoporose (ménopause, carence, etc):
  - Douleur: impotence fonctionnelle +++ sans traumatisme (ou minime)
  - Douleur à la mise en charge et à la percussion
  - Pas de signes généraux (pas d'AEG/fièvre) / pas d'atteinte médullaire
- Examens complémentaires
  - Bilan inflammatoire: normal
  - Radios du rachis dorsal F+P
    - Hypertransparence osseuse
    - perte de la hauteur de plus de 25% d'une vertèbre / prédomine sur mur antérieur
    - déformation vertébrale: cunéiformisation/ tassement en galette
    - !! **Jamais** d'atteinte du mur postérieur / pas d'érosion
  - Ostéodensitométrie:
    - pour confirmation de l'ostéoporose (T-Score < - 2.5 DS)

### Spondylarthrite ankylosante (SpA)

cf Spondylarthrite inflammatoire.

- Examen clinique
  - Terrain: homme jeune (<45ans) / atcd familiaux à rechercher
  - Douleur: inflammatoire / lombaire et fessière associée/ durée de plus de 3 mois
  - Talalgie et enthésopathies / **Sd pelvi-rachidien** (limitation mobilités)
- Examen complémentaires
  - Radiographies
    - Bassin: sacro-iliite: ostéopénie / érosion / condensation / ankylose
    - Rachis: spondylite (érosion) / syndesmophytes (fusion) / ankylose
  - Biologie: recherche Ag HLA B27

## Traitement

### Prise en charge

- Hospitalisation selon étiologie de la dorsalgie

### Traitement symptomatique

- Antalgiques selon intensité de la douleur: niveau 1/2/3
- +/- AINS courte durée ou myorelaxants

### Rééducation et kinésithérapie (A savoir !)

- Rééducation proprioceptive: renforcement musculaire / adaptation posturale
- Techniques associées: massages / balnéothérapie, etc.

### Traitement étiologique

- NPO recherche +/- traitement d'une cause extra-rachidienne (douleur viscérale projetée)
- !! Chaque fois que possible: ex: ABT si spondylodiscite, traitement anti-ostéoporotique

### Surveillance

## C. LOMBALGIES

### Etiologies

#### Lombalgie commune

- **Lombalgie aiguë = lumbago**
  - Etiologie = hernie discale (jeune) / arthrose lombaire (vieux)
  - Régression spontanée en < **6S** sinon »lombalgie persistante «
  - **!! Remarque: distinguer lumbago et lombosciatique** (cf [Radiculalgie et syndrome canalaire.](#))
    - Les deux sont d'origine mécanique dégénérative (hernie ou arthrose)
    - Mais le lumbago est une douleur mécanique purement locale
    - Tandis que la lombosciatique est une compression radiculaire
- **Lombalgie persistante : >6 semaines**
- **Lombalgie chronique**
  - **par ostéophytose lombaire:** chronique si persistance > 3 mois (rare)
  - **par arthrose des articulaires postérieurs:** fréquent, douleurs exacerbé en extension du rachis et pression articulaire postérieure

#### Lombalgie symptomatique

- **Etiologies rachidiennes**
  - **Tumorales:** métastase osseuse / myélome
  - **Infectieuse:** spondylodiscite (BK ou pyogènes)
  - **Inflammatoires:** spondylarthropathies (SPA / psoriasis..)
  - **Mécaniques:** fracture ostéoporotique / ostéomalacie
- **Etiologies extra-rachidiennes**
  - **Uro-néphrologique:** colique néphrétique ++ / pyélonéphrite ++ / hématome
  - **Cardio-vasculaire:** dissection aortique / anévrisme de l'aorte abdominale
  - **Digestives:** pancréatite / MICI / cancer (CCR / pancréas / gynéco)

### Orientation diagnostique

#### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain:** atcd traumatiques ou tumoraux / profession et sport
  - **Prises:** efficacité des antalgiques / des AINS
  - **Anamnèse:** ancienneté / évolutivité / facteurs déclenchants
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser la lombalgie:** topographie / retentissement / **horaire (A savoir !)**
    - **Rechercher des signes associés:** AEG / fièvre / douleur viscérale +++
- **Examen physique**
  - **Diagnostic positif = examen rhumatologique**
  - **Syndrome rachidien :**
    - Inspection: recherche déformation de la courbure rachidienne
    - Palpation paravertébrale / signes de la sonnette / contracture
    - Attitude antalgique

- Mobilités actives et passives (distance main-sol / indice de Schober)
- **Signes de conflits disco-radicaux :**
  - à l'interrogatoire : **impulsivité ++**
  - **signe de Lasègue**
    - Lasègue croisé (signe le + spécifique)
    - signe de Leri (cruralgies)
    - t marche talons-pointes
    - signe de la sonnette
    - radiculagie en hyperextension
- **Retentissement = examen neurologique (A savoir !)**
  - **Syndrome du cône terminal (si au-dessus de L2)**
    - Syndrome pyramidal avec Babinski bilatéral / troubles sphinctériens
  - **Syndrome de la queue de cheval (si au-dessous L2)**
    - Troubles sphinctériens / anesthésie en selle / déficit sensitivo-moteur
  - **Radiculopathie (hernie discale lombaire) +++ cf Radiculagie et syndrome canalaire.**
    - **Déficit sensitivo-moteur / abolition ROT / douleur systématisée**
- **Etiologie = rechercher une lombalgie secondaire**
  - Causes extra-rachidiennes: BU-ébranlement lombaire / signes digestifs
  - Causes rachidiennes: fièvre / AEG / raideur et talgalgie, etc.

#### Examens complémentaires

- **En 1ère intention**
  - !! **AUCUN** examen si lumbago typique isolé du sujet jeune < 75 (A savoir !)
- **En 2nde intention**
  - Devant persistance ou symptomatologie atypique
  - Bilan inflammatoire + radiographies en 1ère intention
  - +/- selon contexte: TDM / IRM / hémocultures / VS, etc.

## Diagnostic étiologique

### Lumbago

- **Examen clinique**
  - Terrain: 30-50ans / atcd de lombalgies / profession à risque (port de charge)
  - Douleur: survenue brutale au cours d'un faux mouvement ou traumatisme
  - Impotence fonctionnelle majeure / sensation de blocage / Lasègue positif
  - !! **pas d'atteinte radiculaire** (≠ hernie discale avec sciatique) (A savoir !)
- **Examens complémentaires**
  - !! AUCUN examen devant lumbago isolé typique avant 7 semaines
  - **Radiographies standards:** pas de parallélisme radio-clinique

### Lombalgie chronique arthrosique

- **Examen clinique**
  - Terrain: > 50ans / atcd de lombalgies depuis > 6 mois / port de charge
  - Douleur: lombaire / non systématisée / Lasègue positif / rententissement limité
  - !! **pas d'atteinte radiculaire** (≠ hernie discale avec sciatique) (A savoir !)
- **Examens complémentaires**
  - **Radiographies standards**
    - En 1ère intention (≠ lumbago) / !! Pas de parallélisme radio-clinique
    - Signes d'arthrose: condensation / pincement / ostéophytes / géodes
    - Rechercher spondylolisthésis, scoliose / éliminer une lombalgie secondaire
  - **Remarque**
    - Pas de TDM ni IRM en l'absence d'atteinte radiculaire +++

### Lombalgie chronique d'origine articulaire postérieure

- **Examen clinique**
  - Terrain: femme en surpoids / post-ménopause
  - **Déformation:** hypercyphose dorsale / hyperlordose lombaire (Sd trophostatique)
  - Douleur à la station debout prolongée / en décubitus / en hyper-extension/ à la pression paravertébrale
- **Examens complémentaires**
  - **Radiographies standards**
    - Lésions d'arthrose au niveau des articulaires postérieurs
    - → Rétrécissement acquis du canal lombaire / pseudo-spondylolisthésis

### Lombalgies secondaires: même présentation et CAT que pour dorsalgie/cervicalgie

- Fracture vertébrale ostéoporotique
- Spondylarthropathie ankylosante

- Spondylodiscite
- Etiologies tumorales

## Traitement

### Prise en charge

- En ambulatoire / !! repos le plus court possible (**3 jours max**)
- **PAS de repos strict au lit / reprise rapide de l'activité**
- Conseil : conserver le maximum d'activité tolérable
- Informations pour le lumbago : réassurance sur l'absence de gravité et sur l'évolution rapidement favorable

### Traitement symptomatique

- **Traitement médicamenteux**
  - Antalgiques selon l'intensité de la douleur
  - +/- association avec myorelaxant / AINS
  - **En cas de lombalgie chronique:**
    - Pas de corticothérapie générale +++
    - Diminue le délai de guérison
- **Contention rachidienne: limiter la durée du port aux poussées douloureuses (risque d'amyotrophie)**
  - Ceinture de maintien en cas de lombalgie chronique

### Rééducation et kinésithérapie +++ : Mais pas de Kiné pour un lumbago (A savoir !)

- Renforcement musculaire actif / adaptation posturale
- Ergonomie rachidienne (« verrouillage lombaire »)
- Auto rééducation
- Physiothérapie antalgique (chaleur, massage)
- Relaxation : pour diminué le stress
- Expliquer l'évolution de la douleur pour diminué l'anxiété

### Traitement étiologique

- !! PAS de chirurgie (cure de hernie discale) pour lombalgie sans radiculalgie (ECN 04)
- **Indications chirurgie :**
  - sciatique hyperalgique, paralysante ou queue de cheval
  - déficit moteur s'aggravant progressivement et devenant > 3/5
  - échec du traitement médical (dlr résistante palliers 3 +/- infiltrations)

### Mesures associées

- Arrêt de travail (le plus court possible !) +/- reclassement professionnel
- Soutien psychologique +/- psychotropes si lombalgie chronique +++
- !! Pas de déclaration en MPI pour lombalgie sans radiculalgie (ECN 04)
- Mais MPI possible si critère suffisant

### Surveillance

- **Clinique:** au long cours / éducation du patient / règles d'hygiène posturale
- **Paraclinique:** pas besoin de répéter les radios sauf aggravation

## Synthèse pour questions fermées

Quel examen réalise t-on devant un lumbago chez un jeune de 25 ans évoluant depuis < 7 S ?

AUCUN

Quelles sont les 4 indications de chirurgie d'une sciatique ?

1. Sciatique paralysante ou queue de cheval
2. Déficit moteur s'aggravant et devenant < 3
3. Complications du traitement infiltratif (hématome épidual compressif)
4. Echec du traitement médical (hyperalgique) avec fragmentation herniaire accessible à la chirurgie

Quelle est la définition d'une lombalgie « persistante » ? :

Lombalgie qui dure > 6 semaines