

Lombalgies aiguës :
**COMMENT FAIRE LE TRI
DANS LES MAUX DE DOS ?**



Lombalgies aiguës :

comment faire le tri dans les maux de dos ?

Le mal du siècle, c'est lui. Le mal de dos. Et il n'épargne aucun âge de la vie. Fréquent chez les personnes âgées, il prend parfois la forme de lombalgies aiguës. Dans quels cas, et comment les reconnaître ? Ce dossier vous aide à y voir clair.

Texte

Pierre Frances* ;

Aïda Tall, interne en médecine générale Montpellier

Thomas Cavailhes, interne en médecine générale Montpellier

Caroline Piechon, externe Nîmes

Photos

Hakim OUTTIGHIR

Les sapeurs-pompiers doivent fréquemment intervenir chez des patients présentant des douleurs au dos. La symptomatologie d'une lombalgie aiguë est parfois déroutante car les douleurs peuvent être intenses et laisser perplexes ces professionnels. Compte tenu de la fréquence importante de cette plainte chez nos concitoyens, nous développons ici le chapitre des lombalgies aiguës en distinguant celles qui sont provoquées par un tassement vertébral, les lombalgies tumorales, les lombalgies ayant pour origine des pathologies infectieuses comme la spondylodiscite, et les autres étiologies pouvant provoquer une lombalgie aiguë.

Le tassement vertébral, près de 50 000 cas par an

Le tassement vertébral conduit souvent les pompiers à intervenir rapidement du fait d'une douleur importante. Nous ne devons pas perdre de vue que le tassement vertébral représente près de 50 000 cas par an en France, et que cette

*Responsable des lits halte soins santé (structure en charge des sans-domicile), référent des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Solidarité Pyrénées de Céret et de Perpignan, médecin généraliste à Banyuls-sur-mer (66). frances.pierre66650@gmail.com



situation concerne le plus souvent les plus de 65 ans. Parmi les étiologies responsables de cette fracture, nous retrouvons l'ostéoporose (que l'on observe plus fréquemment chez les femmes) qui est un facteur induisant une fragilité osseuse. Ainsi, cette fragilité osseuse est responsable de 1,5 million de fractures chaque année. Autre origine possible d'un tassement vertébral : les traumatismes, qui peuvent être plus ou moins violents et qui surviennent sur un terrain fragilisé au niveau osseux. Dans ces cas, pour une chute paraissant souvent anodine, il est possible d'observer un tassement concernant parfois plusieurs vertèbres. Par ailleurs, il peut être important de rechercher un éventuel terrain favorable. Ainsi, une plus grande fragilité de l'os est observée chez les patients alcooliques ou tabagiques, mais aussi chez ceux ayant un poids peu important. Enfin, il faut également connaître les traitements des patients car certains, comme les corticoïdes, favorisent les tassements vertébraux du fait d'une implication dans la genèse de l'ostéoporose.

Clinique, diagnostic et prise en charge

Le plus souvent, le sujet présente une douleur intense de type mécanique, qui se manifeste lors de la mobilisation. On peut retrouver une douleur lors de la palpation des vertèbres. Cette douleur est souvent intermittente, et elle est associée à une irradiation en ceinture vers la face antérieure de l'abdomen. Le diagnostic repose avant tout sur les examens d'imagerie qui vont être demandés. Ceux-ci permettront de mettre en évidence des tassements qui apparaissent comme l'écrasement d'une ou de plusieurs vertèbres. Ils prennent l'aspect de déformations qui peuvent avoir plusieurs formes : cunéiforme, biconcaves ou en galette (*clichés 1 et 2*). Dans certains cas, notamment si la radiographie est peu contributive et si le sujet est très algique, il est important de demander la réalisation d'examens complémentaires, comme un scanner rachidien ou une scintigraphie. En effet, il n'est pas rare d'avoir des tassements vertébraux non visibles sur un cliché radiographique.

La prise en charge repose sur l'utilisation d'antalgiques et d'anti-inflammatoires (ce traitement doit être prescrit



sur une durée courte du fait de sa toxicité rénale en cas d'utilisation prolongée). Par ailleurs, il faut prendre en compte les facteurs de risque (alcool, tabac et poids), et il est nécessaire de traiter une éventuelle ostéoporose associée par des traitements adaptés (le plus souvent des biphosphonates). Dans les cas où le tassement est important, il peut s'avérer utile de recourir à la cimentoplastie.

Les lombalgies tumorales, à déceler rapidement

Les pathologies cancéreuses touchent le plus souvent les personnes âgées (plus de la moitié des cancers sont observés chez des personnes ayant plus de 65 ans). Classiquement, il y a cinq organes dont les cancers donnent des métastases osseuses: le sein, le rein, la prostate, le poumon et la thyroïde. Dans près de 30 % des cas, ce sont les métastases osseuses qui vont révéler la pathologie néoplasique sous-jacente. Les lombalgies engendrées par des

*Distinguer
douleur au dos
et lombalgie
aiguë*

La lombalgie est fréquente chez la personne âgée, et sa prévalence est de 40 %, bien que ce sujet ne soit pas réellement étudié chez les patients ayant plus de 65 ans. Parmi ces lombalgies, peu (moins de 5 %) nécessitent une prise en charge rapide.

On parle de lombalgie aiguë dès lors que la personne ayant une douleur du dos se plaint d'une gêne au niveau d'une zone comprise entre la 12^e côte et la région fessière (durée d'apparition inférieure ou égale à six semaines).

métastases osseuses doivent donc être rapidement appréhendées, car les conséquences peuvent être importantes.

Clinique, diagnostic et prise en charge

On retrouve le plus souvent un sujet ayant une importante altération de l'état général (perte importante de poids, anorexie, fatigue démesurée).

En effet, la localisation secondaire osseuse est le plus souvent tardive (le cancer se dissémine malgré les traitements administrés). Mis à part les signes généraux, on note la douleur qui est souvent intense et présente un caractère inflammatoire (elle est présente chez le sujet qui ne se mobilise pas).

Le diagnostic repose sur l'imagerie du rachis qui permet de montrer des images de destruction osseuse (ostéolyse), des condensations au niveau des vertèbres, ou parfois une déminéralisation diffuse (cliché 3).

Il est parfois nécessaire de compléter ces examens par une IRM ou un scanner du rachis afin de déterminer le retentissement au niveau médullaire, ou par une scintigraphie qui permet de mieux identifier la localisation des lésions tumorales sur le rachis.

La prise en charge est avant tout celle de la pathologie responsable des métastases. Tout comme dans le cas du tassement vertébral, il est possible de recourir à la cimentoplastie, ou à la radiothérapie si le patient est très algique.

Nous ne devons pas oublier une problématique pouvant survenir dans ce cadre : l'hypercalcémie. Dans ce cas, il est

nécessaire de recourir à un traitement fondé sur les biphosphonates. Enfin, pour réduire les douleurs de ces patients, il est important d'utiliser des antalgiques puissants comme la morphine car le soulagement se doit d'être une priorité.

Le myélome : des douleurs lombaires brutales

Parmi les hémopathies (pathologies malignes du sang), le myélome représente 10 %, et l'incidence de cette affection avoisine les 3 500 cas par an en France.

Cette pathologie hématologique se manifeste par une multiplication importante des plasmocytes (lesquels sont à l'origine d'un développement exagéré d'anticorps).

Clinique, diagnostic et prise en charge

Les douleurs lombaires traduisent la présence du myélome dans 70 % des cas. La douleur est souvent brutale et elle peut être mécanique ou inflammatoire. Bien entendu, le sujet peut également présenter d'autres manifestations cliniques qui témoignent de cette hémopathie (fatigue et pâleur traduisant une anémie).

Le bilan biologique est ici d'un grand intérêt car il met en évidence un syndrome inflammatoire (élévation de la vitesse de sédimentation et des autres facteurs inflammatoires), et différentes anomalies liées à cette prolifération : insuffisance rénale, anémie, réduction du nombre de globules blancs et de plaquettes, hypercalcémie. L'examen très important à demander est

Quels examens pour le diagnostic ?

- **Les clichés radiographiques :** permettent de révéler des tassements (déformations vertébrales), destructions osseuses, déminéralisation diffuse, etc.
- **le scanner rachidien ou l'IRM :** aident à déterminer le retentissement au niveau médullaire, la présence d'un abcès, la réduction du canal rachidien.
- **la scintigraphie :** précise la localisation des lésions tumorales sur le rachis.
- **le bilan biologique :** met en évidence un syndrome inflammatoire.

l'électrophorèse des protéines plasmatiques, qui peut mettre en évidence une importante augmentation de certaines immunoglobulines (variétés d'anticorps). L'imagerie (radiographie, scanner ou IRM) a également un grand intérêt car elle permet de révéler des destructions osseuses (cliché 4). La confirmation du diagnostic est obtenue à la suite d'une ponction au niveau du sternum et d'une biopsie du bassin qui retrouvent les anomalies de production des cellules sanguines.

La prise en charge repose sur la chimiothérapie pour les formes sévères. Pour les formes moins importantes, il est possible de se contenter d'une surveillance. Bien entendu, il est également important de soulager avec des antalgiques le sujet présentant des douleurs.

Le mal de dos d'origine infectieuse, ou spondylodiscite

La spondylodiscite est une infection qui concerne la vertèbre. Elle est rare, et représente entre 2 et 4 % des infections ostéo-articulaires. Son incidence est actuellement en France de 2,4 cas pour 100.000 habitants. La moitié des personnes concernées a plus de 65 ans. Ce problème infectieux peut être d'origine chirurgicale. En effet, le fait d'intervenir dans le cadre d'une chirurgie rachidienne peut être un facteur responsable d'une infection. D'autres





† Tassement du plateau supérieur de la 2^e vertèbre lombaire (flèche verte).



† Tassement ostéoporotique consolidé de la 1^{re} vertèbre lombaire (flèche rouge).



† Métastases multiples donnant au niveau du rachis l'aspect d'une déminéralisation des vertèbres (flèches bleues).



† Lyse de la 4^e vertèbre lombaire du fait d'un myélome.



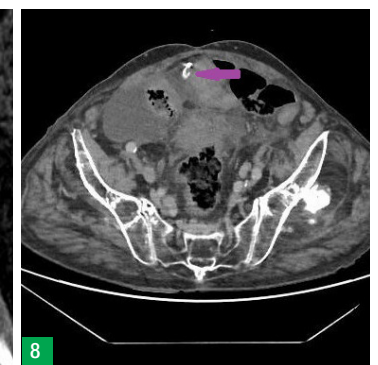
† IRM du rachis lombaire objectivant une destruction des 2^e et 3^e vertèbres lombaires (flèches noires).



† Arthrose importante du rachis lombaire avec déformation des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e vertèbres lombaires.



† Réduction du calibre du canal lombaire (canal lombaire étroit).



† Perforation vésicale secondaire à la pose d'une sonde urinaire donnant un tableau de lombalgie aiguë. La sonde est située au niveau abdominal (flèche mauve).

facteurs intriqués, comme une immunodépression due à des traitements ou des pathologies cancéreuses, un alcoolisme ou un diabète, peuvent également conduire à cette problématique.

Clinique, diagnostic et prise en charge

La douleur est le signe cardinal qui est observé dans 90 % des cas. Elle est permanente, souvent très intense, et survient de manière brutale. La mobilisation du rachis majora la douleur. En parallèle, il est important de rechercher des signes généraux comme une hyperthermie. Chez le patient ayant été opéré d'une hernie discale, toute cicatrice ayant un caractère inflammatoire doit faire penser à ce diagnostic.

On doit mettre en avant un syndrome inflammatoire, mais il faut également rechercher l'origine de cette infection : urinaire (ECBU), générale avec hémocultures si hyperthermie. L'imagerie est parfois peu contributive (retard de deux à trois semaines). Cependant, il est possible d'objectiver une destruction des plateaux vertébraux sur la radiographie. Le scanner met en évidence l'abcès à l'origine de la symptomatologie (cliché 5).

De plus, cet examen permet également de déterminer les répercussions médullaires de cette infection.

Enfin, si le clinicien souhaite effectuer des biopsies, il est important d'avoir un scanner du rachis lombaire. En effet cette imagerie va permettre de repérer toute zone suspecte, et donc par la suite d'avoir le geste le plus sûr sur le rachis. Le traitement repose sur une antibiothérapie qui doit être réalisée durant deux à trois mois.

En parallèle, il est important d'immobiliser le patient durant quelque temps (maximum quatre semaines) avec un corset. Dans le cas d'une compression médullaire, il peut être nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

L'arthrose rachidienne, fréquente chez les personnes âgées

Parmi les autres étiologies responsables d'une lombalgie aiguë, citons tout d'abord l'arthrose, une pathologie très fréquente chez le sujet âgé. Près de 65 % des patients de plus de 65 ans sont concernés par cette pathologie. L'incidence est de deux cas pour 1 000 adultes, et 10 millions de Français

souffrent de cette pathologie. La localisation rachidienne demeure la plus fréquente (70 à 75 % des cas). Le plus souvent cette entité est à l'origine de douleurs chroniques. Cependant, dans certains cas la douleur est mécanique, et elle est aiguë du fait d'un conflit disco-vertébral survenant à la suite d'une activité mal adaptée pour le rachis. L'imagerie permet d'objectiver des déformations vertébrales avec des «becs de perroquet», ou des déformations des disques intervertébraux (cliché 6).

Le traitement repose sur l'administration d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires. En parallèle, un programme d'économie du dos doit être effectué. Il est également important de miser sur la rééducation qui permet d'améliorer un conflit à l'origine d'une décompensation.

Le canal lombaire étroit, possible responsable de douleurs au dos

Le canal lombaire étroit est une pathologie fréquente qui concerne plus de 1 cas pour 1.000 patients. Il découle le plus souvent d'une arthrose qui affecte les articulaires postérieures. Ce phénomène induit un rétrécissement du canal



lombaire qui concerne généralement plusieurs étages lombaires.

Sur un plan clinique, on met en évidence des douleurs qui sont fréquemment chroniques (elles peuvent être aiguës en cas de mobilisation rachidienne inadaptée). En parallèle, le sujet décrit également des paresthésies (fourmis au niveau des cuisses) qui donnent l'impression d'une paralysie imminente. Lorsque le sujet prend appui, il lui est possible de noter une amélioration clinique.

Le diagnostic repose sur l'imagerie qui permet de mettre au jour des manifestations en rapport avec une arthrose (discopathie). Le scanner ou l'IRM donnent une idée très précise en ce qui concerne la réduction du canal rachidien, et une éventuelle compression qui en découle.

Le traitement repose sur l'utilisation d'antalgiques et parfois d'anti-inflammatoires. Il est possible de réaliser des infiltrations épidurales, mais les études effectuées sur ce sujet montrent que l'efficacité n'est que relative (elle concerne moins de 50 % des cas).

Un traitement chirurgical est entrepris dès lors que le sujet présente un handicap fonctionnel important. Cependant, ce traitement n'est pas toujours miraculeux car il ne permettra

une amélioration clinique que dans 40 à 70 % des cas.

Les lombalgies aiguës... qui n'en sont pas

Certaines pathologies peuvent faire penser à une lombalgie aiguë, alors qu'il s'agit d'autres pathologies donnant des manifestations similaires. L'identification de l'origine est un élément important, et dans ce contexte la clinique et parfois l'imagerie sont utiles pour ne pas se tromper.

Parmi ces différentes étiologies, nous devons notamment penser à l'anévrisme de l'aorte abdominale, qui se traduit parfois par une lombalgie du fait d'une compression neurologique qui peut faire penser à tort à une lombalgie aiguë, mais également aux pathologies des voies urinaires, comme un calcul (le plus souvent il existe une douleur qui irradie vers l'aîne), ou une pathologie vésicale (rétention ou perforation vésicale) (*cliché 8*).

Bien interroger le patient avant sa prise en charge

Intervenir chez des patients âgés pour une « lombalgie aiguë » reste donc assez vague quant à la nature réelle de la pathologie. Comme nous l'avons vu, de nombreux diagnostics peuvent en effet être associés à cette symptomatologie. Le plus souvent,

l'origine est traumatique ou dégénérative (arthrose). Cependant, il ne faut pas sous-estimer la lombalgie aiguë du patient âgé qui peut être en rapport avec une pathologie infectieuse ou néoplasique. Aussi est-il important et nécessaire de bien interroger le patient avant sa prise en charge, afin d'avoir l'attitude la plus appropriée vis-à-vis d'une situation qui peut sembler très simple. ◀

Bibliographie

1. Mazières B., Laroche M., Constantin A., Cantagrel A. *Rhumatologie pour le praticien*. Éd. Elsevier Masson, 2018.
2. CNEG. *Gériatrie: Réussir les ECNi*. Éd. Elsevier Masson, 2014.
3. COFER. *Rhumatologie: Réussir les ECNi*. Éd. Elsevier, 2018.
4. Rozenberg S., Bray M.-G., Rosenberg C. *Lombalgie chronique du sujet âgé. Données épidémiologiques et cliniques*. Revue du rhumatisme Monographies, 2011; 78 (1): 8-10.
5. Trivalle C. *Éléments de prévention du vieillissement pathologique*. Éd. Elsevier Masson, 2016.
6. Rachialgies. Item 215. http://www.medicine.ups-tlse.fr/DCEM2/module13/2010/M13_Item_215_Rachialgie.pdf.
7. Pilly E. *Maladies infectieuses et tropicales*. Éd. Vivactis plus, 2018.
8. Genevay S. *Spondylodiscite infectieuse: le regard du rhumatologue*. <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-57/31153>.
9. Mazières B. *Le canal lombaire étroit*. *Rhumatos*, 2015; 110 (12): 236-242.