

N° 92. Rachialgie

- Diagnostiquer une rachialgie.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

► Statistiques ECN

Question déjà tombée 3 fois.

► En quelques mots-clés

- Commune/symptomatique
- Douleur projetée

Les dix commandements

1. Tu connaîtras et rechercheras les critères d'urgence.
2. Tu rechercheras tous les arguments évoquant une rachialgie symptomatique.
3. Tu interrogeras le patient sur les circonstances d'apparition (chute, post-chirurgical...).
4. Tu rechercheras une radiculalgie associée.
5. Tu te rappelleras que l'origine dégénérative (lumbago) est le diagnostic d'élimination.
6. Tu interrogeras le patient sur l'horaire inflammatoire ou mécanique de sa douleur.
7. Tu rechercheras des étiologies différentes selon l'âge du patient et l'étage de la douleur.
8. Tu limiteras les examens au minimum s'il s'agit d'un lumbago.
9. Tu proposeras une rééducation active à l'issue de l'épisode aigu en cas de rachialgie commune.
10. Tu informeras le patient sur les règles hygiéno-diététiques pour éviter la récurrence.



*J'appuie dans votre dos: si ça fait mal,
faites « ding dong »!*



La question

► Définition

Une rachialgie est une douleur du rachis qui peut survenir à l'étage cervical, dorsal ou lombaire. Le raisonnement est commun mais chaque étage comporte certaines particularités. L'étiologie est le plus souvent dégénérative (pathologie vertébrale commune) mais il convient d'éliminer les autres causes possibles avant de retenir le diagnostic de rachialgie commune.

Le raisonnement est donc le suivant :

- Existe-t-il une urgence vitale ou fonctionnelle (surtout s'il existe une radiculalgie associée) ?
- La rachialgie est-elle commune ou symptomatique ?
 - ▶ Rachialgie symptomatique = rachialgie qui n'est que le symptôme révélateur d'une autre pathologie.

► Clinique

Interrogatoire

Siège de la douleur
Rythme de la douleur
Éléments influençant l'évolution de la douleur
Mode de début et évolution
Antécédents rachialgiques

- **Cervicalgie** : douleurs du rachis cervical
 - **Syndrome cervical aigu (torticolis)** : douleur et surtout raideur cervicales survenant brutalement, volontiers le matin au réveil.
 - **Syndrome cervical chronique** : douleurs de la nuque pouvant irradier vers l'occiput, vers l'épaule ou vers la région inter-scapulaire.
 - **Néuralgie cervicobrachiale (cf. item 93)**
 - **Myélopathie cervicarthrosique**

- **Insuffisance vertébrobasilaire** : compression de l'artère vertébrale par les ostéophytes de l'uncarthrose (attention d'autres éléments parfois en cause dans l'atteinte de l'artère vertébrale : athéromatose +++)
 - ▶ la forme chronique symptomatique = céphalées, sensations vertigineuses, acouphènes, troubles visuels (« mouches volantes ») chroniques. Pauvreté des signes objectifs ++
 - ▶ forme aiguë neurologique = rare +++, accidents transitoires (syndrome vestibulaire, accidents moteurs transitoires, manifestations oculaires de type hémianopsie) ou d'accidents durables (syndromes alternes du tronc cérébral de type Wallenberg)
- **Dorsalgie** : douleur du rachis thoracique de T1 à T12
 - ▲ **Penser à une souffrance viscérale** ++

Changement de Modic en IRM

Modic 1 = hypo T1 et hyper T2, œdème

Modic 2 = hyper T1 et T2, graisse

Modic 3 = hypo T1 et T2,, ostéosclérose

- **Lombalgie** : douleur du rachis lombaire
 - **Lumbago** : tableau aigu, à l'effort, impotence fonctionnelle majeure, ▲ rechercher une irritation radiculaire ou des signes périnéaux. Pas d'examen complémentaire si typique et < 7 semaines. Pas d'indication à une chirurgie (même si hernie discale à l'imagerie) s'il n'y a aucune radiculalgie associée.
 - **Lombalgie commune chronique** : > 3 mois, rare mais retentissement socio-professionnel majeur, radios simples et bilan biologique pour éliminer une lombalgie symptomatique et en cas de doute : IRM. On retrouve le plus souvent des discopathies étagées et des lésions de MODIC 1 (figure 1). Évolution en général spontanément favorable.
 - **Lombalgie d'origine articulaire postérieure** : syndrome trophostatique post-ménopausique : surcharge pondérale + hyperlordose lombaire = arthrose inter-apophysaire postérieure (figure 2). Douleurs lombaires basses irradiant souvent aux fesses, aux cuisses, sans atteindre le pied. D'emblée chroniques, volontiers à type de brûlures, ▲ aggravées par les contraintes mécaniques, parfois exacerbées en fin de nuit et au réveil car le décubitus dorsal majore la lordose lombaire. Radio : arthrose +/- spondylolisthésis (figure 2).

- ▲ **Lombalgie extra-rachidienne**
 - ▶ Anévrisme de l'aorte abdominale
 - Aiguë par fissuration
 - Chronique par paroxysme (fissurations colmatées) : irradiation abdominogénitocrurale
 - ▶ Pathologies urinaires : lithiase, hydronéphrose, tumeur rénale

De manière générale l'examen neurologique doit être minutieux (déficits moteurs, irradiations, territoires d'hypoesthésies, syndrome lésionnel ou sous-lésionnel...).

▶ **Étiologies**

Voici une question d'orientation diagnostique pour laquelle on peut toujours utiliser le même raisonnement, par grands cadres étiologiques pour ne rien oublier (toujours après avoir éliminé une **URGENCE** notamment s'il existe une radiculalgie associée [cf. item 93]).

Grands cadres étiologiques

Infectieux
Inflammatoire
Métabolique
Dégénératif
Traumatique
Tumoral

Lorsque l'ensemble du bilan clinique (état général, antécédents, néoplasique ou autre, horaire de la douleur, aires ganglionnaires...) et paraclinique est normal le cadre est celui d'une **rachialgie commune** c'est-à-dire d'origine **dégénérative**.

C'est donc un diagnostic d'exclusion !

- ▶ Si la rachialgie est commune, les examens d'imagerie s'arrêtent à la radio simple.
 - ▶ Si elle est symptomatique : IRM rachidienne +++
- **Cas particulier des dorsalgies**
 - les radios doivent être faites systématiquement d'emblée, de même que le bilan biologique (VS, CRP)
 - parmi les étiologies possibles, penser aux douleurs d'origine viscérale
 - ▶ cardiovasculaires
 - ▶ pleuropulmonaires
 - ▶ digestives

- la hernie discale dorsale (=cadre dégénératif) est exceptionnelle
 - le diagnostic d'élimination est dans ce cas soit une dorsalgie statique (normalement indolore), soit une dorsalgie fonctionnelle (souffrance musculaire et psychologique).
 - si l'histoire est inflammatoire, penser à l'origine tumorale (ostéome ostéoïde figure 3, [cf. item 304] ou inflammatoire (spondyloarthrite [cf. item 193], histiocytose figure 4).
- **Cas particulier des lombalgies**
 - si aucun argument ne plaide pour une origine symptomatique: PAS d'examen complémentaire d'emblée pendant les 7 premières semaines (HAS 2 000)
 - sinon radios simples en premier
 - selon le résultat : scanner ou IRM ++

▸ **Traitement de la rachialgie commune**

La prise en charge des rachialgies symptomatiques dépend de l'étiologie.

- **Phase aiguë**
 - +/- repos le plus bref possible
 - antalgiques
 - AINS en l'absence de contre-indication
- **Rachialgie chronique**
 - massages
 - lutte contre l'excès pondéral
 - rééducation proprioceptive de renforcement des muscles paravertébraux
 - adaptation posturale, poste de travail...
 - prise en charge psychologique

De rares cas peuvent être accessibles à un traitement chirurgical (certaines instabilités sagittales ou rotatoires, certaines discopathies isolées). Les indications sont à discuter avec le chirurgien du rachis.

Enfin il ne faut jamais traiter des images car il existe parfois une grande dissociation radio-clinique. Certaines « lésions » impressionnantes en imagerie peuvent constituer une simple variation de la normale et ne pas être symptomatique dans des conditions normales comme les séquelles de dystrophie de croissance (Scheuermann, figure 5) ou les anomalies transitionnelles vertébrales.

► Liens transversaux

- N° 89. Déficit neurologique récent (voir item 335)
- N° 115. La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique
- N° 116. Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge
- N° 124. Ostéopathies fragilisantes
- N° 128. Troubles de la marche et de l'équilibre (voir item 107)
- N° 304. Tumeurs des os primitives et secondaires
- N° 317. Myélome multiple des os



Pense-bête thérapeutique

- + Une fois l'urgence éliminée, la différence entre origine commune ou symptomatique est essentielle car elle conditionne la prise en charge diagnostique et thérapeutique.



Mon conseil

Question classique et très fréquente en pratique courante à connaître parfaitement.



Lien bibliographique, pour aller plus loin

- HAS 2000
http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272083
- Site du COFER
<http://umvf.univ-nantes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato29/site/html/1.html>



🗝️ Icono-clé

Figure 1. IRM rachis, coupes sagittales. MODIC 1 L5-S1. Dégénérescence discale L5-S1 (affaissement et déshydratation, hyposignal) avec œdème des plateaux vertébraux adjacents.



Figure 2. Radio rachis lombaire de profil et IRM coupe axiale T2. Arthrose inter-apophysaire postérieure avec hyperlordose et antélisthésis. Condensation des massifs articulaires, et à l'IRM hypertrophie, pincement de l'interligne et ostéophytose. Antélisthésis L5 sur S1 et L4 sur L5 minime.

Figure 3. Scanner reconstruction sagittale et coupe axiale. Ostéome ostéoïde. Lésion lytique de l'arc postérieur avec condensation péri-lésionnelle.

Figure 4. Scanner reconstruction sagittale et coupe axiale. Histiocytose chez un jeune homme de 19 ans. Lésion ostéolytique agressive mal limitée avec rupture de la corticale s'étendant à l'arc postérieur et au corps vertébral. Dans ce contexte, seule une biopsie peut faire le diagnostic définitif.

Figure 5. IRM coupe sagittale T1. Dystrophie rachidienne de croissance (Scheuermann), cerclé en rouge hernie intra-spongieuse rétro-marginale antérieure. Cunéiformisation des vertèbres thoraciques. Irrégularité des plateaux vertébraux.

N° 93. Radiculalgie et syndrome canalaire

- Savoir diagnostiquer une radiculalgie et un syndrome canalaire.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

► Statistiques ECN

Question déjà tombée 2 fois.

► En quelques mots-clés

- Syndrome de la queue-de-cheval
- Compression radiculaire
- Examen neurologique
- Commun/symptomatique
- Trajets radiculaires

Les dix commandements

1. Tu rechercheras avant tout des signes d'urgence (neurologiques déficitaires).
2. Tu feras appel au chirurgien du rachis en urgence en cas de déficit.
3. Tu élimineras ensuite tous les éléments orientant vers une radiculalgie symptomatique.
4. Tu réaliseras une IRM (en dehors des contre-indications) en cas de doute.
5. Tu recueilleras avec le plus grand soin les antécédents.
6. Tu feras un bilan biologique de base devant une radiculalgie.
7. Tu limiteras au contraire les examens paracliniques en cas de radiculalgie commune.
8. Tu prendras en charge le patient à domicile si possible (en dehors de signes d'urgence ou de gravité).
9. Tu proposeras une rééducation active à l'issue de l'épisode aigu en cas de radiculalgie commune.
10. Tu informeras le patient sur l'évolution naturelle bénigne et favorable d'une hernie discale.

