

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 • aine • 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 ^{me} 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.

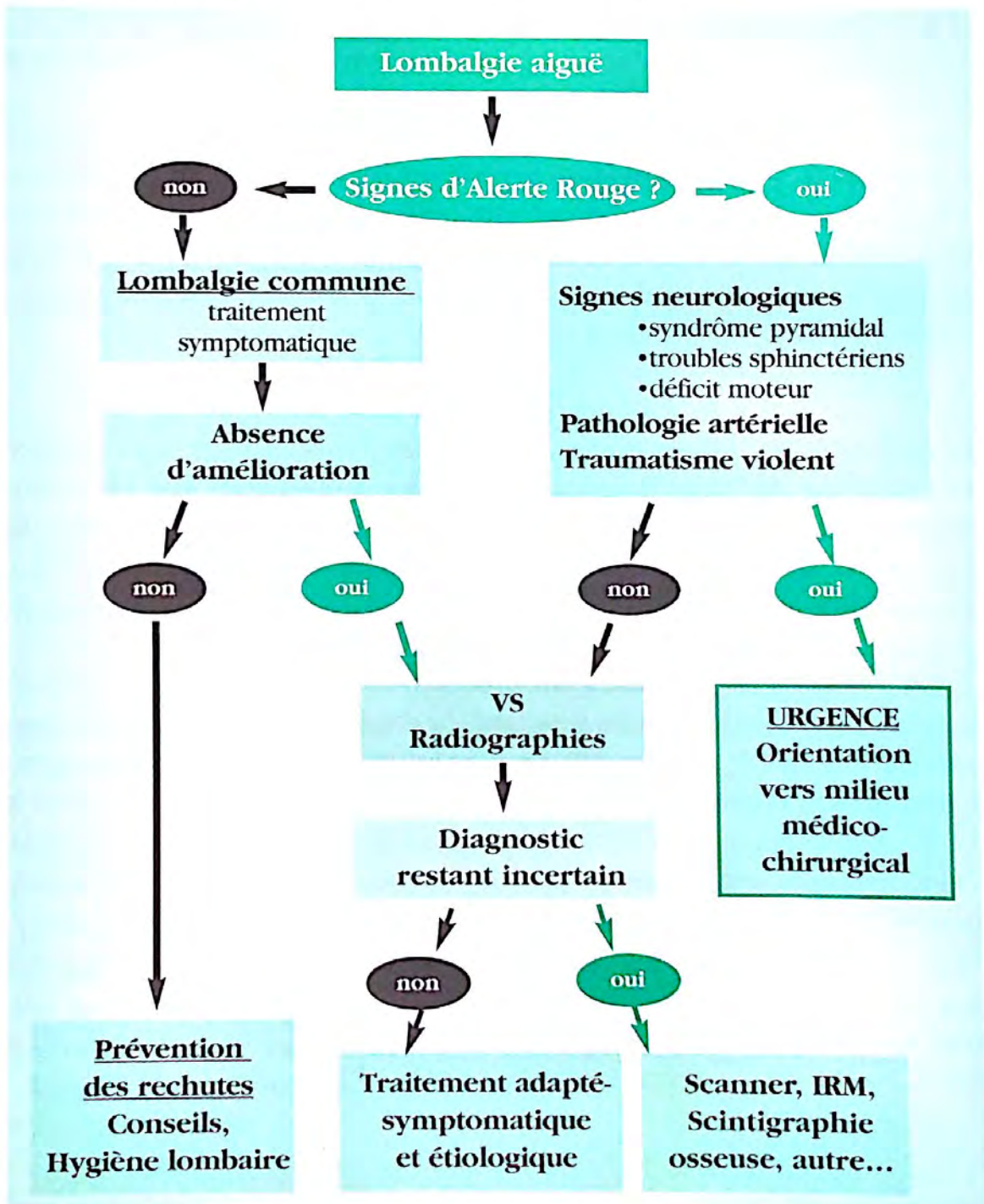
3.5.4 Fissure ou fracture du sacrum

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 récurrences de leurs douleurs de temps à autre. Ces récurrences 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 EA 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 E. Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. *Spine* 1984;9:106-19.
3. Biering-Sorensen E, 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 E, 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.