# Lombalgies aiguës

**- Traumatismes**

**- Pas de tassement vertébral**

* + **lumbago**
	+ **lombalgie dite « symptomatique »** : témoin d’une tumeur ou d’une infection vertébrale
	+ **douleur dite « projetée »** : la douleur vient d’une autre structure (aorte par exemple) **rare**

**- Tassement vertébral**

* + **Ostéopathie fragilisante bénigne** (ostéoporose + +) → le + fréquent
	+ **Tassement vertébral dit « symptomatique »** : témoin d’une tumeur vertébrale (surtout) ou d’une infection vertébrale (rare)

**Lumbago**

**Terrain** : peut se voir **à tout âge** et sur **n’importe quel terrain**, mais plus volontiers chez les **travailleurs de force**

**Cause la + fréquente** de lombalgie aiguë

**Histoire clinique** : survient volontiers à l’occasion d’un **effort**

**Tableau clinique**

* + **lombalgie aiguë** = douleur aiguë dans le bas du dos
	+ **douleur mécanique =** douleur soulagée par le repos et aggravée par efforts
	+ **blocage lombaire**
	+ **peut obliger à rester allongé**
	+ ***Examen clinique :***
	+ **colonne « enraidie »** (n’arrive pas à bouger comme normalement) avec perte de la lordose physiologique)
	+ **douleur** provoquée à la palpation de la **colonne lombaire**
	+ **pas d’anomalie** de l’exam neurologique

 **pas de déficit moteur** (perte de force musculaire)

 **pas de déficit sensitif**

 **réflexes ostéo-tendineux normaux**

* + **pas d’altération de l’état général =** pas de fièvre ni d’amaigrissement

**Tableau paraclinique** (= résultats des examens complémentaires)

**inutile** si tableau clinique **typique**

* + - ***Biologie normale :***
	+ **pas de syndrome inflammatoire** (= vitesse de sédimentation et protéine C réactive normales)
	+ **électrophorèse des protéines normale**
	+ **calcémie normale**
		- ***Radiographies simples :***
	+ **raideur vertébrale** (= perte de la lordose physiologique)
	+ parfois **pincement d’un ou de plusieurs disques intervertébraux** et/ou **signes d’arthroses vertébrales**
	+ signes négatifs : pas de tassement vertébral, pas de signes de tumeur vertébrale, pas de signes d’infection vertébrale
		- ***Scanner vertébral et IRM vertébrale :***

**inutiles** sauf si doute sur le diagnostic (crainte d’une cause tumorale ou infectieuse)

* + - * **Traitement**

**Repos**

-  **repos au lit déconseillé** (car ⭧ la durée d’évolution) sauf si impossible de faire autrement

* + **essayer de garder les activités** de la vie courante en évitant les activités traumatisantes pour la colonne lombaire
	+ **arrêt de travail uniquement si nécessaire** (douleur + +, travailleur de force) et le plus court possible

**Antalgiques** (= médic contre la douleur)

**Décontracturants musculaires**

**Anti-inflammatoires non stéroïdiens**

* + - * **Evolution**

En général **bonne** en **1 à 2 semaines**

**Tassement vertébral sur ostéopathie fragilisante**

* + essentiellement ostéoporose
		- * + **Ostéoporose**

maladie :

* + **fréquente**
	+ essentiellement de la **personne âgée**
	+ surtout **féminine**
	+ pouvant être **grave**
	+ **coûteuse**
	+ mais : **souvent oubliée**

**non prévenue**

**sous diagnostiquée**

**Définition de l’ostéoporose**

= **affection généralisée du squelette** :

* + **une masse osseuse basse**
	+ **une altération de la micro-architecture du tissu osseux**

→ responsable d’une ⭧ de la fragilité osseuse et par csq d’une ⭧ des fractures

**Evolution de la masse osseuse au cours de la vie**



*A un âge donné, la masse osseuse dépend du pic de masse osseuse atteint à la fin de la croissance osseuse et de la vitesse de la perte osseuse ultérieure.*

**Manifestation**

Maladie **silencieuse**

#### On est ostéoporotique **sans le savoir**

**… jusqu’aux complications** : cad les fractures

Fractures : concerne globalement **presque tous les os du squelette**, mais touchent surtout :

* + **poignet** > 55 ans
	+ **vertèbres** > 60 ans (les + imp et les + fréquentes)
	+ **extrémité sup du fémur** > 70-80 ans

## Conséquences d’une fracture du poignet

* + **immobilisation +**/- **chirurgie**
	+ complications possibles (peu fréquentes)

##### Si ostéoporose n’est pas diagnostiquée, ⭧ du risque de survenue d’autres fractures

## Conséquences d’une fracture des vertèbres

* + **perte de taille, déformation**
	+ **douleur**
	+ **invalidité**
	+ **handicap**

## Conséquences d’une fracture du col du fémur

* + **hospitalisation**
	+ **chirurgie fréquente** et **complications possibles**
	+ **rééducation**
	+ **décès** (20% dans l’année qui suit)
	+ **perte d’autonomie fréquente** (la moitié des 80% qui survivent l’année qui suit)

**opération** : soit ostéosynthèse

 soit prothèse de hanche

 **Tassement vertébral sur ostéopathie fragilisante**

- essentiellement ostéoporose

**Terrain** : souvent **personne âgée**, **femme âgée** et / ou **sujet avec cause d’ostéoporose** 2ndaire (corticothérapie à long cours…)

**Cause la + fréquente de lombalgie aiguë chez la femme âgée**

**Histoire clinique** : **spontané** ou à l’occasion d’un effort ou d’un traumatisme **minime**

**Tableau clinique**

* + **lombalgie aiguë** = douleur aiguë dans le bas du dos
	+ **douleur mécanique =** douleur soulagée par le repos et aggravée par efforts
	+ **blocage lombaire**
	+ **peut obliger à rester allongé**
	+ ***Examen clinique :***
	+ **colonne « enraidie »** (n’arrive pas à bouger comme normalement) avec perte de la lordose physiologique)
	+ **douleur** provoquée à la palpation de la **colonne lombaire**
	+ **pas d’anomalie** de l’exam neurologique

 **pas de déficit moteur** (perte de force musculaire)

 **pas de déficit sensitif**

 **réflexes ostéo-tendineux normaux**

* + **pas d’altération de l’état général =** pas de fièvre ni d’amaigrissement

**Tableau paraclinique** (= résultats des examens complémentaires)

**inutile** si tableau clinique **typique**

* + - ***Biologie normale :***
	+ **pas de syndrome inflammatoire** (= vitesse de sédimentation et protéine C réactive normales)
	+ **électrophorèse des protéines normale**
	+ **calcémie normale**
		- ***Radiographies simples :***
	+ **tassement vertébral**
	+ pas de signes de tassement vertébral symptomatique d’une tumeur vertébrale :
	+ **pas d’ostéolyse**
	+ **structure et contours vertébraux biens vus**
		- ***Scanner vertébral et IRM vertébrale :***

**inutiles** sauf si doute sur le diagnostic (crainte d’une cause tumorale ou infectieuse)

**Traitement**

**Traitement de la douleur :**

* + médicaments **antalgiques** (anti-douleur)
	+ **repos**

## Traitement de l’ostéoporose

* + **calcium, vit D**
	+ **traitement spécifique**
	+ **ttt hormonal substitutif** (de moins en moins car ⭧ du risque de cancer du sein et de pb cardio-vasculaires)
	+ ou **analogues antagonistes œstrogéniques**
	+ ou biphosphonates
	+ ou strontium
	+ ou parathormone

**Lombalgie symptomatique d’une tumeur ou d’une infection vertébrale**

**bcp + rare**

### Caractéristiques cliniques volontiers différentes

* + douleur **d’horaire inflammatoire**
	+ possible **fièvre** si infection
	+ possible **altération de l’état général** (asthénie, amaigrissement)

### Examen clinique

* + Rechercher des **signes d’infection dans un autre endroit**
	+ Rechercher des **signes de tumeur : adénopathies**
	+ Rechercher un **déficit neurologique** ou des signes de **compression médullaire**

### Examen paraclinique

* + - ***Biologie :***  **parfois normale** mais pouvant montrer des anomalies, par exemple :
	+ **Syndrome inflammatoire** (= vitesse de sédimentation et protéine C réactive ⭧)
	+ **Electrophorèse des protéines** : pic monoclonal (myélome)
	+ **Hypercalcémie**
		- ***Radiographies simples :***
	+ Pouvant être normales
	+ Tassement vertébral ou non
	+ **Recherche de signes évoquant une infection** : - pincement d’un disque intervertébral

 - plateau vertébraux flous

* + **Recherche de signes évoquant une tumeur** : - ostéolyse

 - struct et contours vertébraux mal vus

 - structure hétérogène

* + - ***Scanner vertébral et IRM vertébrale :***

**montrent la tumeur ou l’infection**

**Conclusion**

Pour un patient se plaignant de lombalgie aiguë :

*Q1 : Est-ce que c’est une lombalgie bénigne ou une lombalgie symptomatique d’une infection ou d’une tumeur ?*

*Q2 : Si elle est bénigne, est-ce que c’est un simple lumbago ou est-ce qu’elle est due à un tassement vertébral sur ostéopathie fragilisante, notamment ostéoporose ?*

**Q1 : Est-ce que c’est une lombalgie bénigne ou une lombalgie symptomatique d’une infection ou d’une tumeur ?**

* + baisse de l’état général ?
	+ Fièvre ?
	+ Douleur d’horaire inflammatoire ?
	+ ATCD de cancer ?
	+ Infection récente ?
	+ Anomalie de l’exam neurologique ?
	+ Exam clinique montrant des signes faisant craindre une infection ou une tumeur

→ Si oui à une des questions : faire **une prise de sang**, faire des **radios**, puis éventuellement d’autres exams

**Q2 : Si elle est bénigne, est-ce que c’est un simple lumbago ou est-ce qu’elle est due à un tassement vertébral sur ostéopathie fragilisante, notamment ostéoporose ?**

* + Est-ce que la patiente est âgée ?
	+ Est-ce qu’il y a des risques d’ostéoporose ( ttt par corticoïdes au long cours…)

→ Si oui à une des questions : faire des **radios** pour rechercher un tassement vertébral

**Si aucun élément en faveur d’une lombalgie symptomatique d’une tumeur ou d’une infection et aucun élément en faveur d’un tassement sur ostéopathie fragilisante**

→ c’est le cas le plus fréquent

on considère que c’est un lumbago

aucun exam complémentaire

ttt du lumbago

**Madame X, 65 ans**

Pas d’ATCD

Consulte car survenue brutale hier, en se penchant en avt, d’une douleur dans le bas du dos (rachis lombaire)

Tableau de lombalgie aiguë (quelle cause rechercher ?)

**Introduction à la Pathologie**

**Ostéologie : Appareil Ostéo-articulaire**

**I. Généralités :**

**Etude des pathologies du système articulaire (rhumatologie).**

****

* **Les os et les articulations, qui unissent ceux-ci sont en mouvement grâce au muscles qui sont reliés aux os par les tendons.**
* **L’os à un rôle mécanique mais aussi sanguin (hématopoïèse)**
* **Cartilage articulaire recouvre les zones articulaires. Il dispose d’un coeff. De frottement extrêmement bas, d’où les mouvements facilités (mieux qu’un glaçon qui glisse sur une banquise).**
* **Le cartilage articulaire est formé de fibres de collagène type 2. Il est formé de cellules peu nombreuses, les chondrocytes (1 à 2% du vol. général), essentiellement situées dans la couche superficielle et non au cœur du cartilage.**
* **Le principal défaut du cartilage demeure sa longévité, car il s’use vite mais se reconstruit très lentement (pas comme le foie par ex.). Pathologie => arthrose.**
* **L’ensemble flotte dans la substance fondamentale (80% d’eau + protéoglycanes).**
* **Les chondrocytes vivent grâce à un apport nutritionnel, qui provient du liquide synovial (blanc d’œuf), situé entre les deux cartilages. (unité du liqu. syn. : mm3!)**
* **Le cartilage permet le glissement de l’articulation (mécanique) mais aussi l’amortissement des chocs (élastique).**
* **Le tout est enrobé d’une capsule articulaire fibreuse (riche en collagène). Lorsqu’elle est renforcée, les ligaments jouent un rôle prépondérant.**
* **La membrane synoviale tapisse l’intérieur de l’articulation jusqu’à la jonction os/cartilage. Elle est vascularisée et produit le liquide synovial.**
* **Le liquide synovial est un filtrat du plasma (normal : 20g/L de protéines dont 75% d’albumine). Il dispose de 200 cellules mononuclées/mm3. Il contient également de l’acide hyaluronique qui favorise sa viscosité (en cas de manque => arthrose, on injecte alors de l’acide).**
* **En cas de pathologie, le liquide synovial est modifié (ex. inflammation). Un examen du liquide permet de détecter une pathologie s’il est anormal.**
* **Les muscles stabilisent l’articulation et peuvent être polyarticulaires (ex. l’épaule). Le muscle a deux rôles : un rôle moteur mais aussi un rôle stabilisateur (debout = contraction des muscles).**
* **Dans sa forme le muscle est constitué de fibres et tend à devenir de plus en plus fibreux (tendons) et se fixe à l’os : Enthèse. (enthèsite : pathologie inflammatoire de l’enthèse, point de fixation du tendon).**
* **Bourses séreuses : coussinets fixes qui se développent selon les mouvements (pathologie : bursites) et empêche les frottements des muscles.**
* **L’innervation de la zone informe de la position de l’articulation. (yeux fermés on sait ou est notre bras). Certains patients ont des problèmes nerveux.**

**II. Signes Cliniques :**

1. ***Généralités des pathologies articulaires :***
* **Les pathologies sont généralement non dangereuses (sauf dans le cas d’infections => septicémies ou de maladie systémiques qui ensuite agissent sur l’appareil ostéo-articulaire).**
* **Généralement, ce sont des zones douloureuses et il ya des troubles fonctionnels ou locomoteurs, qui pénibilisent la vie des patients.**
* **L’arthrose touche en général des personnes âgées et provoque une autonomie limitée mais les rhumatismes en général touchent toutes les tranches d’âges.**
* **On veillit de plus en plus en France (durée de vie augmente de 6h00 chaque jour). Cela se traduira donc par encore plus de problèmes rhumatologiques d’ici quelques décennies.**
1. ***Interrogatoire fondamental :***
* **Il faut connaître son patient, ses antécédents, sa vie**
* **Ses antécédents traumatiques (entorse au genou, 20 ans après arthrose)**
* **Ses antécédents familiaux (pour les problèmes inflammatoire : ex. polyarthrite rhumatoïde).**
* **Son métier (maçon => pb de dos ; chantier au marteau piqueur => coudes, …)**
* **Si il pratique le sport à haut niveau (complications Ostéo articulaires : ex. prothèses footballeur à 50 ans), ou en pratique trop. (plongée : nécrose de la hanche => hémiplégie).**
* **Contexte ethnique (ex. : Behcet (médecin turc) => méditerranée douleurs articulaires avec aphtes oraux/génitaux).**
* **Prise médicamenteuse (certains médicaments ex. quinolone (action sur infection urinaires) qui provoque des douleurs aux tendons).**
* **Facteurs génétiques (HLA B27 => spondylarthrite ankylosante => inflammation colonne vertébrale).**
* **Antécédents : maladie (psoriasis (maladie de la peau qui touche 4% de la pop) => peut toucher les articulations) et/ou chirurgicaux.**
* **Ulcère d’estomac ? (si oui pas de médicaments anti inflammatoires).**

**- La douleur :**

* **On doit analyser la douleur du malade, principale effet de sa pathologie.**
* **Faire attention au discours du malade qui prétend savoir ce qu’il a.**
* **Zone de la douleur ? (attention au faux-endroit ex. : arthrose de la patella peut faire mal au niveau de la hanche ou bien sciatique (hernie discale de L3/L4) alors que douleur aux cuisses).**
* **Circonstances des survenues de la douleur. (douleur depuis 20 ans – grave que douleur subite. Douleur crescendo ≈ cancer)**
* **La douleur peut être ressentie différente selon les régions culturelles.**
* **EVA : echelle visuelle analogique de la douleur.**
* **Echelle intuitive du médecin (vue de la souffrance, patient morose, …)**
* **2 Types de douleurs :**
	+ **mécanique, « porte coincée qui ne bouge pas » = arthrose. Ex. : le matin, le patient a mal au lever au genou, cela se dérouille, douleur le soir, douleur calmée par le repos et le sommeil (sauf en cas de mouvements).**
	+ **Inflammatoire, « porte brûlée » = arthrite. Douleur continuelle sauf en milieu de journée. Douleur non calmée par le repos, douleurs nocturnes qui réveillent.**

**Enfin, on cherche à savoir la portée fonctionnelle de la pathologie. Ex. : douleurs aux hanches (plus possible de faire ses lacets, de se baisser, etc.)**

1. ***Examen Clinique :***
* **Inspection :**
	+ **morphologie générale (personne obèse, ..)**
	+ **Axes (tordus, …)**
	+ **Gonflement, protubérance suspecte.**
* **Palpation :**
	+ **chaleur (dos du poignet)**
	+ **choc rotulien (liquide synovial qui remonte au fémur)**
	+ **points douloureux précis (au coude par exemple = douleur localisée au niveau de l’insertion des tendons).**
* **Mobilisation :**
	+ **types de mouvements possibles**
	+ **mouvements élémentaires (selon les 3 plans de définition du corps vis-à-vis de la position anatomique de référence : abductions, … ex. : le coude 0 à 140° en abduction dans le plan sagittal).**
	+ **Mouvements combinés (les plus fréquents) ex : enfiler un soutien gorge, femme âgée.**
	+ **Mobilisation active (de soi même)**
	+ **Mobilisation passive (on le fait pour le patient. Ex. épaule gelée).**

**N.B. : 1 articulation avec pathologie de type inflammatoire : monoarthrite, 2 ou 3 : oligoarthrite, plusieurs : polyarthrite.**

* **Examens Généraux :**
	+ **Pouls**
	+ **Présence de ganglions**
	+ **Cœur, peau, … (endocardite = infection microbienne du cœur => douleurs articulaires).**
	+ **Etat général du patient.**
* **Examens complémentaires :**
* **Examens biologiques :**

**- Vitesse de sédimentation du sang. (Quand il y a un processus inflammatoire, la haute teneur en** [**fibrinogène**](http://fr.wikipedia.org/wiki/Fibrinog%C3%A8ne) **du sang fait que les globules rouges se collent ensemble).**

**-C-Réactive protéine**

**- Facteur rhumatoïde (AC présent dans les rhumatismes)**

**-HLA b-27 ou Dr-4.**

**-Etude du liquide synovial : numération cellulaire, types de cellules, étude des cristaux (maladie de la goutte cristaux d’urée), recherche microbienne.**

* **Examens de radiologie, permettent de voir :**

**-Anatomie**

**-Incidence**

**-comparative**

**-interligne articulaire**

**-qualité de l’os**

* **L’arthrose est caractérisée par :**

**-un pincement interligne (non global)**

**-condensation (os condensé blanc)**

**-geôle (trous dans l’os)**

**-ostéophytose (os qui tente de repousser n’importe comment dans l’articulation. Aucune utilité mis à part prévenir du fait qu’il s’agisse d’une arthrose).**

* **L’arthrite est caractérisée par :**

**-un pincement de l’interligne (global)**

**-déminéralisation (os moins condensé)**

**-pas d’ostéophytose.**

* **Scanner (rayons X), IRM (champ magnétique), Echographie (partie molle), en compléments.**