

# Lombalgies communes

- 2ème motif de consultation / MG
- 80% personnes touchés / vie
- Impact financier
  - Directs : prise en charge médicale
  - Indirects :
    - Arrêt de travail
    - Perte de productivité
    - invalidité
- En France : 85% des dépenses pour lombalgies concentrées sur 7% patients



# Lombalgies



## ≠ Types

- Aigues: < 4 semaines
- Subaiguës: de 4 à 12 semaines
- Chroniques > 12 semaines

## ≠ Évolution

- Spontanément favorable dans les 4 à 6 semaines après épisode aigu : **90% guérissent en 1 mois**
- Si persistante ou aggravation (seulement 7% des cas > 12 semaines)
  - prise en charge complexe
  - soins coordonnés pluridisciplinaires

# Recommandations ANAES / HAS

- En dehors de la recherche d'une lombalgie symptomatique ou urgence (après évaluation initiale par interrogatoire et examen clinique)
- Il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution

Sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement une lombalgie spécifique

L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE  
ET THERAPEUTIQUE DES LOMBALGIES  
ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES  
DE MOINS DE TROIS MOIS D'ÉVOLUTION**

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

FEVRIER 2000

# Indications imagerie en Urgence



➤ Sciatique **hyperalgique** rebelle aux opiacés

➤ Sciatique **paralysante**

- d'emblée et/ou progression
- déficit moteur  $\leq 3$

Tableau. Échelle MRC (*Medical Research Council of Great Britain*) de 0 à 5.

5	Force normale
4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance
3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
1	Ébauche de mouvement
0	Aucun mouvement

➤ Syndrome de la **queue de cheval (0,01%)**

- Troubles moteurs et/ ou sensitifs pluri-radicaux des MI
- Anesthésie en selle
- Troubles sphinctériens +++



# Indications imagerie

## Lombalgies spécifiques



### Fracture (4%)

- Traumatisme
- Corticothérapie au long cours
- Age > 70 ans

→ Risque relatif 3 cumulés : 90%

### Néoplasie (métastases 0,7%)

- Age > 50-55 ans
- Perte de poids inexpliquée
- Échec traitement symptomatique
- ATCD K : risque relatif 1,33

### Infection (0,04%)

- Fièvre
- Douleurs nocturnes
- Immunodépression
- Drogues IV
- Corticothérapie prolongée

# Quelle imagerie ?

## Quelles bases cliniques pour ces recommandations ?

- Radiographie standard (toujours ; statique / kiné et orientation  $\Delta$ )
- Scanner (décubitus et exposition RI)
- IRM +++ (décubitus mais PAS d'exposition RI)
- Sacco-radiculographie : plus indiquée (exposition RI ; risques PL)

### Mais

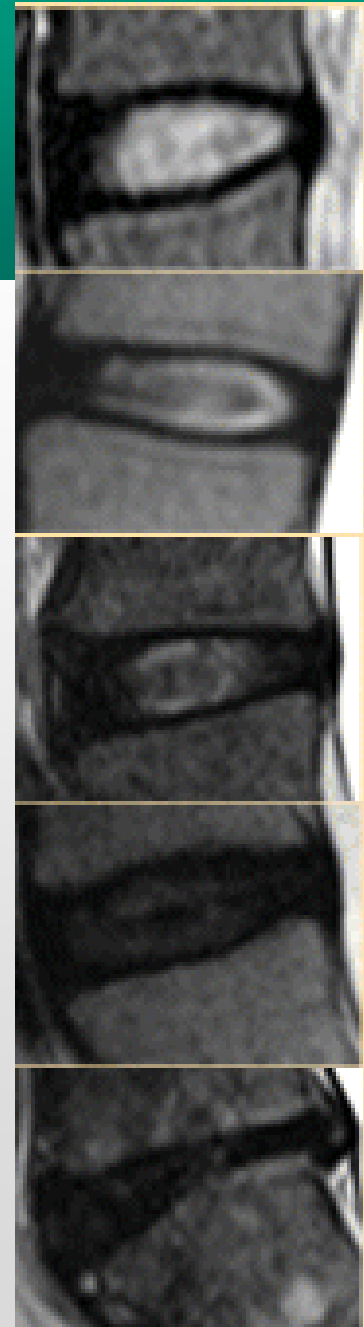
- Faible valeur spécifique de l'imagerie (fréquence des anomalies chez des sujets asymptomatiques)
- Peu de corrélation entre lombalgie et lésions dégénératives



# IRM : Segment antérieur

## Dégénérescence discale

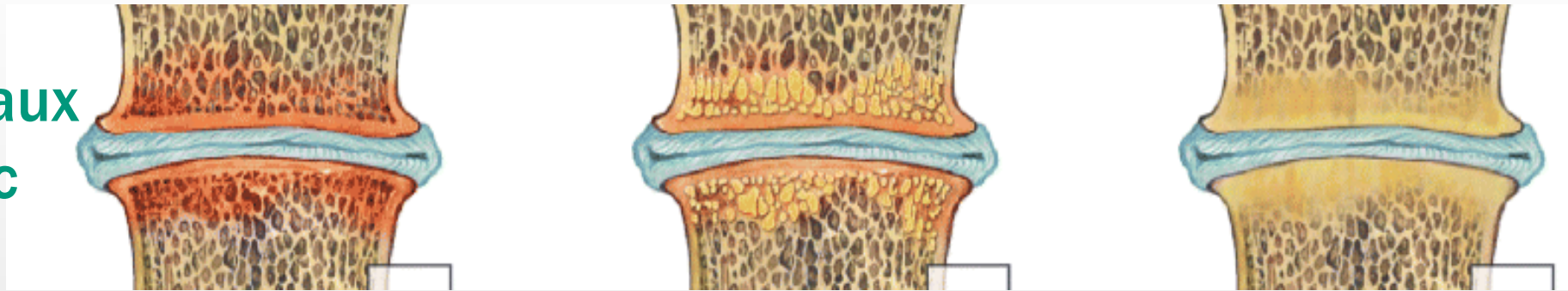
- Modification du signal (IRM) et de hauteur
- Prévalence augmente avec âge
- + fréquente / L4-L5 et L5-S1
- Asymptomatique : 25% si < 50 ans
- Faibles VPP et spécificité
- Excellente VPN (98%)



# IRM : Segment antérieur

## Dégénérescence discale

### Réaction des plateaux Classification Modic



I : œdémateux



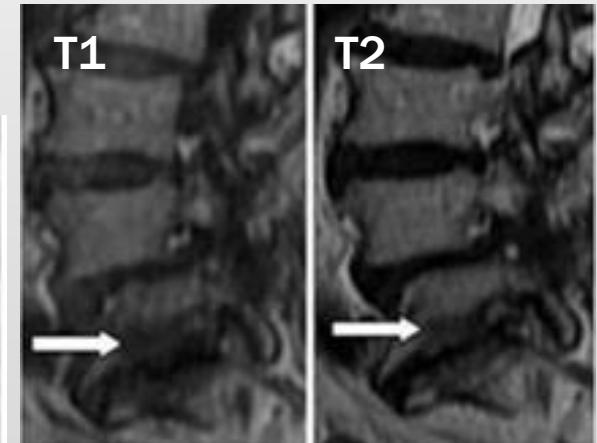
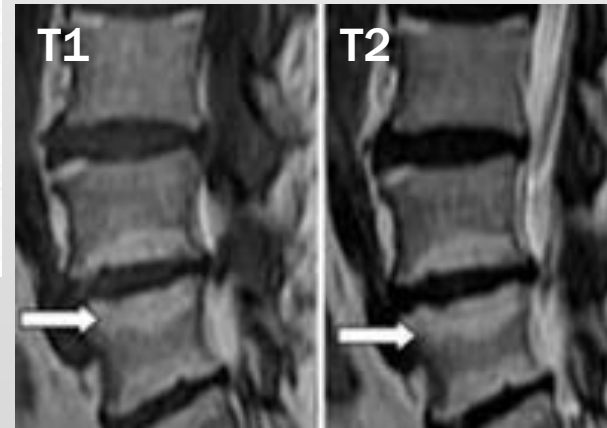
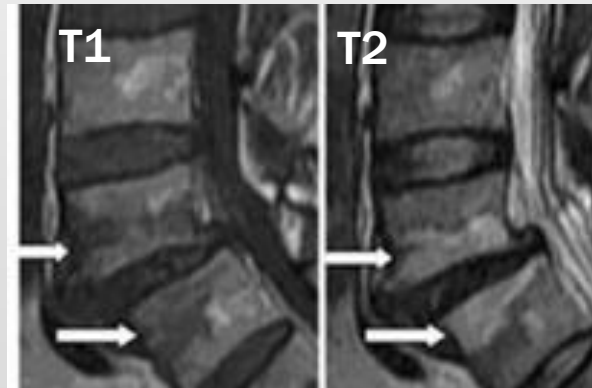
II : graisseux



III : fibreux

- Modic I : souvent  $\Sigma$  (0 à 13,5%), avec fréquence rythmicité inflammatoire

- Modic II et III : souvent  $a\Sigma$





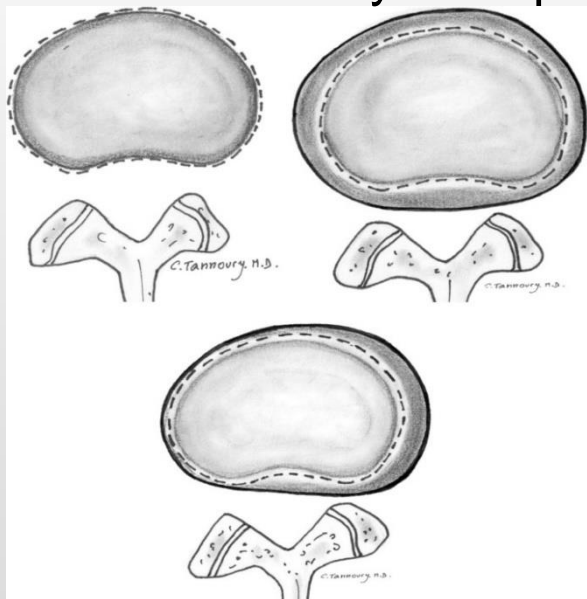
# Segment antérieur

## Débords discaux et conflits disco-radicaux

### Diffus

Normal

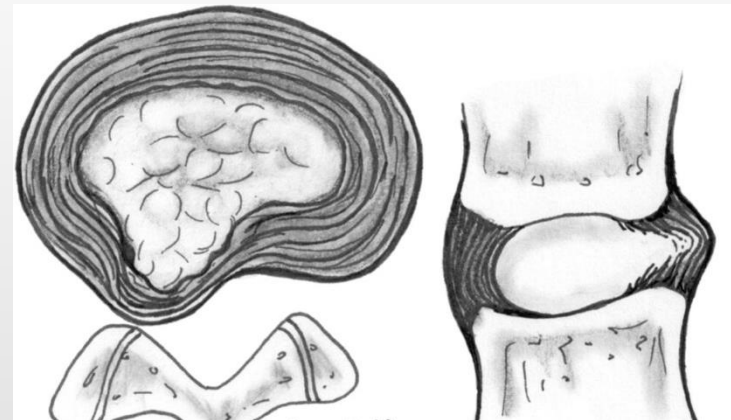
Bombement symétrique



Bombement asymétrique

(15 à 81% AΣ)

Protrusion

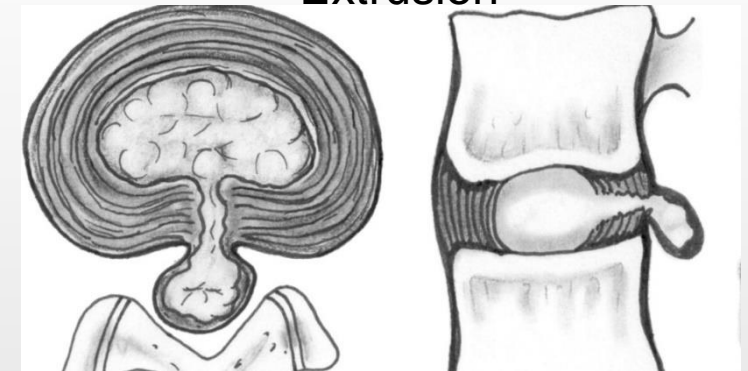


(20 à 63% AΣ)

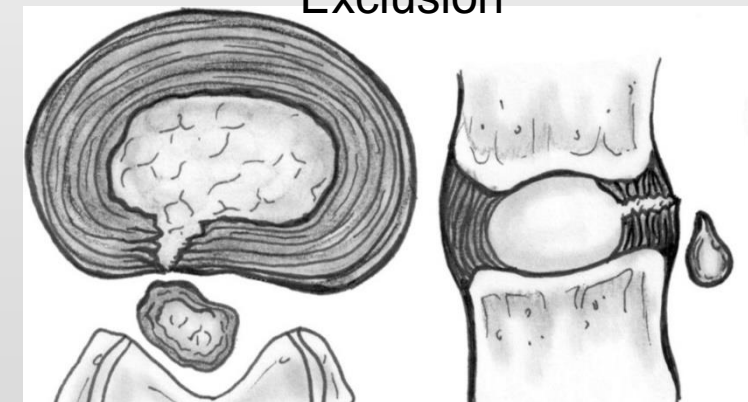
Faibles VPP et spécificité  
 Si Σ, radiculalgies > lombalgies  
 Régression morphologique spontanée  
 Guérison clinique (sans régression morphologique)

### Focal (Hernie)

Extrusion



Exclusion



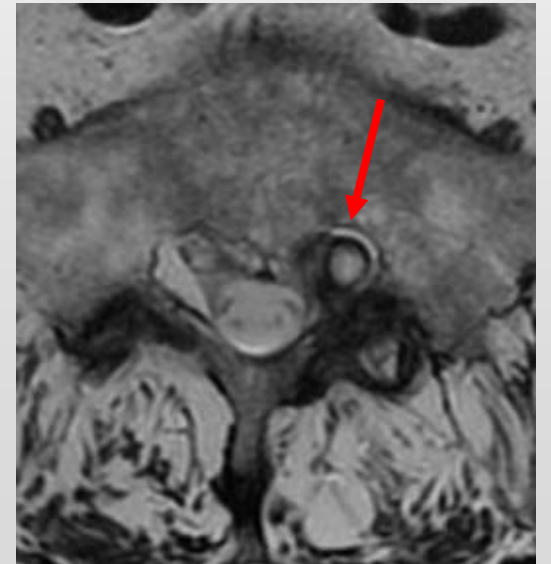
(0 à 24% AΣ)

# Segment postérieur

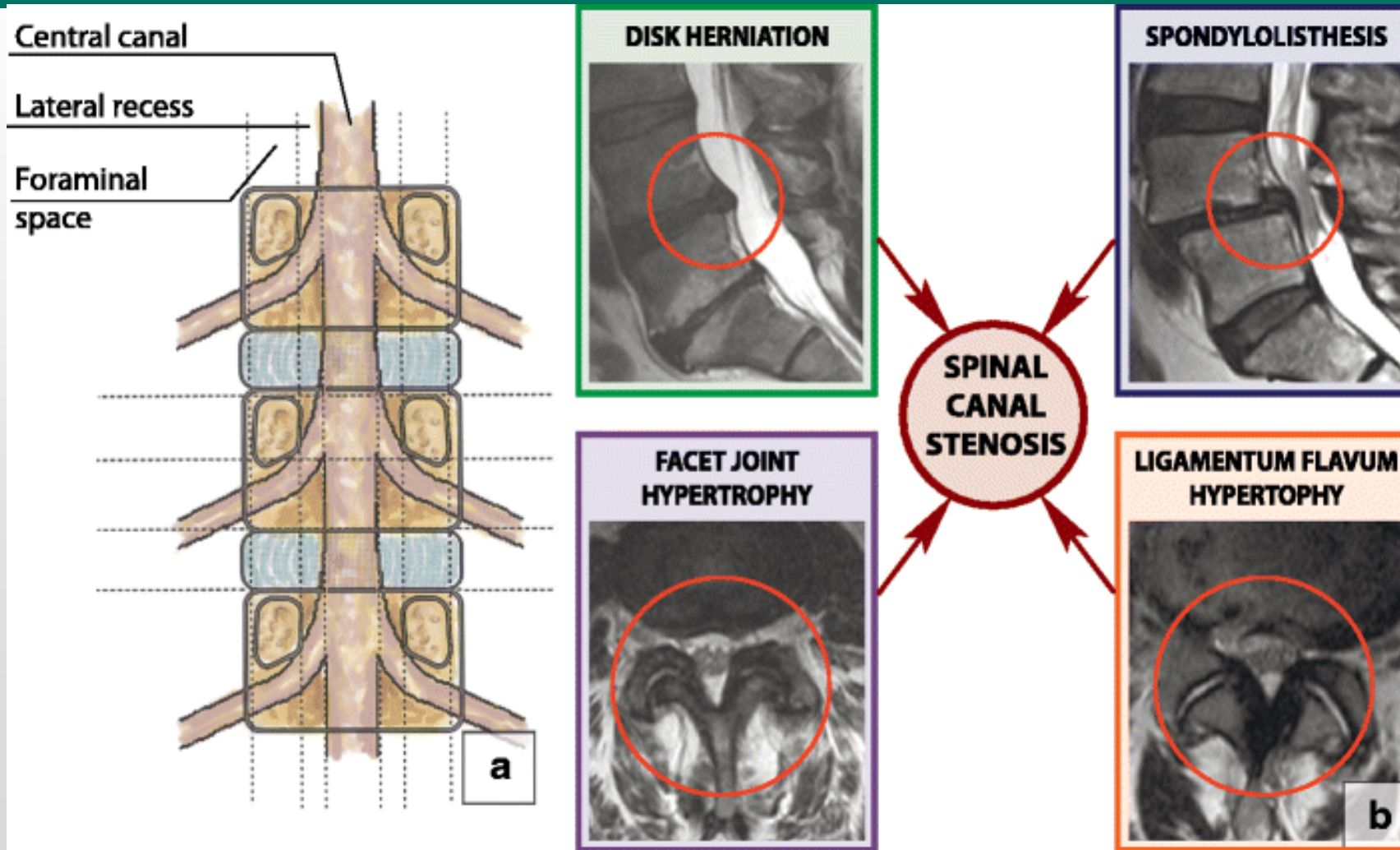
## Articulaires postérieures, ligament jaune et sténose canalaire

### Articulaires postérieures : arthrose zygapophysaire

- L4-L5
- Souvent A $\Sigma$  : forte prévalence : débute à 30 ans, banale entre 45 et 60 ans, quasi constante après 60 ans
- Lombalgies: 12 à 61%
- scanner +++ mais faible VPP
- IRM : hypersignal T2 des surfaces articulaires idem Modic I
- Association possible à des kystes compressifs (IRM)

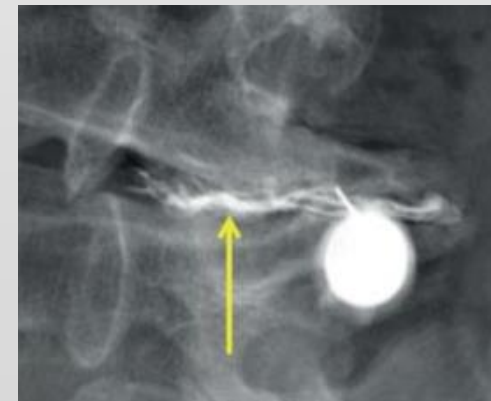


# Sténose canalaire



# Au total

- Si disque normal (IRM) : forte VPN: 98%
- Modifications rachidiennes chez sujets asymptomatiques
  - Forte prévalence
  - Faible VPP
- Corrélation avec lombalgies : Modic I (œdème / plateaux ou zygapophysaires)
- Saillie discale  $\sum si > 5$  mm, extrusion ou exclusion (radiculalgies plus que lombalgies)
- Rx Interventionnelle +++





# Que retenir ?

- Le suivi évolutif au cours des 7 premières semaines est un élément diagnostic
- L'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'éliminer de façon fiable les drapeaux rouges (urgences et lombalgies spécifiques)
- L'imagerie dans la lombalgie commune, c'est pas automatique
- La pertinence de la demande d'examen conduit à :
  - la pertinence de la prise en charge
  - l'optimisation du résultat clinique et du bien être du patient
  - la limitation du passage à la chronicité ou du mal-être alors que guérison clinique



**DPC e-learning 1h** : <http://www.forcomed> (onglet autres médecins)

<http://www.forcomed.org/www.forcomed.org/www.cgi?page=theme&id=190>