

EXAMEN CLINIQUE DU LOMBALGIQUE
REUNION DU 12 FEVRIER 2003

I MODALITES DE L'EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire

Les six points clés

Le siège de la douleur

Le rythme de la douleur : mécanique, inflammatoire

L'influence des sollicitations mécaniques rachidiennes sur la douleur La

date et le mode de début de la douleur : brutal ou insidieux Le mode

d'évolution de la douleur

Les ATCD lombalgiques

1) Siège de la douleur : demander au patient de désigner avec la main, et de vous montrer les irradiations : fesse, face postérieure de cuisse, en ceinture, fosse iliaque, OGE, pli inguinal.

2) Rythme mécanique, augmentant au fur et à mesure de la vie quotidienne, il n'est pas contradictoire avec quelques douleurs au primo-décubitus, ni avec quelques douleurs nocturnes aux changements posturaux.

Rythme inflammatoire avec maximum de douleurs dans la deuxième moitié de la nuit, douleur maximale au réveil, minimale en fin de journée.

3) Influence des sollicitations : La douleur mécanique augmente à l'effort, et est calmée par le repos.

4) La date et le mode de début de la douleur : brutal ou insidieux

5) Le mode d'évolution : par poussées ou bien selon une aggravation progressive. 6)

ATCD ou non de lumbagos, ou bien mode d'installation progressif.

II EXAMEN PHYSIQUE

Les 6 points clés :

Analyse de la statique rachidienne.

Etude des mobilités

Recherche des contractures paravertébrales et de points douloureux à la palpation et recherche d'un syndrome ténocellulo-myalgique Recherche de signes neurologiques déficitaires

Etude des mobilités coxo-fémorales, et examen des sacro-iliaques

Examen général

1) recherche d'un trouble de la statique rachidienne

dans le plan sagittal : hyperlordose lombaire
 dans le plan frontal : recherche d'une scoliose, d'une inégalité de longueur des membres inférieurs, recherche d'une gibbosité témoin de la rotation des vertèbres.
Attention, toutes les scolioses ne sont pas « dossues ».

- 2) Etude des mobilités : test de SCHOBER, distance mains- sol. Attention aux pièges. Inclinaison latérale, rotations (peu testées à l'étage lombaire) .Le résultat peut être consigné sur l'étoile de Maigne. L'étude des mobilités suppose également une étude des muscles ischio-jambiers et droit antérieur.
- 3) Recherche de contractures paravertébrales. Pression des épineuses, Pression inter-épineuse, pression des articulaires postérieures. Recherche d'un syndrome ténocellulo-myalgique.
- 4) Recherche de signes neurologiques déficitaires : La position debout sur les talons, ou sur la pointe des pieds permet de tester respectivement la loge antéro-externe, puis la loge postérieure. Testing segmentaire complémentaire .
- 5) Etude des coxo-fémorales et des sacro-iliaques.
- 6) Examen général ... palpation de l'aire rénale, examen vasculaire.

Le groupe de travail sur le diagnostic prise en charge et suivi des malades atteints lombalgies chroniques (texte des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Santé), insiste sur la prépondérance de l'écoute et de l'interrogatoire chez le lombalgique chronique. La description du contexte professionnel et l'analyse des facteurs psycho-sociaux sont essentielles. L'examen clinique doit être répété. L'évaluation initiale d'un lombalgique peut nécessiter plusieurs consultations.

Vous mêmes devez réexaminer vos patients à chaque consultation. Pour le spécialiste, la difficulté est liée au fait qu'on oublie souvent de leur permettre . d'examiner plus d'une fois un patient.

LA QUESTION ESSENTIELLE EST LA SUIVANTE : S'AGIT `IL D'UNE LOMBALGIE COMMUNE, ET LA LOMBALGIE EST'ELLE SYMPTOMATIQUE D'UNE AFFECTION PLUS SEVERE QUI JUSTIFIE DES EXAMENS URGENTS ?

La plupart du temps, la réponse à cette question repose sur les données de l'examen clinique, et en particulier sur un interrogatoire attentif et soigneux.

III DANS LA LOMBALGIE COMMUNE, L'EXAMEN CLINIQUE A T'IL UNE VALEUR LOCALISATRICE ?

1° LOMBALGIES MECANIQUES

a) Pathologies articulaires postérieures

Selon le Professeur REVEL, 7 éléments cliniques sont importants pour la lombalgie articulaire postérieure : La présence simultanée de 5 d'entre eux, sélectionne les patients soulagés de leurs douleurs par une anesthésie articulaire postérieure avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 78 %.

Ce sont

l'âge supérieur à 65 ans,
le soulagement par la position couchée,
l'absence d'impulsivité à la toux,
l'absence d'augmentation de la douleur à l'antéflexion du tronc,
l'absence d'augmentation de la douleur lors du relevé à partir de l'antéflexion,
l'absence d'augmentation de la douleur par l'extension combinée à la rotation.

La limite de ces critères est qu'ils ne déterminent pas le niveau des articulaires postérieures en cause.

Dans tous les cas on peut retenir le diagnostic si la `pression réveille non seulement la douleur locale mais également la douleur irradiée, si l'injection de 4 à 5 ml de Xylocaïne à 1 % déclenche la douleur au moment de la piqûre et si les douleurs disparaissent pendant toute la durée de l'anesthésie. Une infiltration locale de corticoïdes peut ainsi éviter beaucoup d'examen complémentaires et de traitements non justifiés. (Ce chapitre est tiré de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Professeur REVEL)

b) Pathologie discale

Notion de caractère impulsif, circonstances de survenue.... limitation multidirectionnelle à l'examen et Lasègue positif lombaire ou radiculaire..

On peut constater une attitude antalgique s'accompagnant d'une légère courbure de compensation sus-jacente ou bien une inflexion directe, c'est à dire du côté douloureux, est plus rare.

Quel que soit le côté de l'inflexion, le rachis lombaire reste mobilisable, dans le sens de la déviation, et la tentative de réduction de la déviation entraîne une douleur lombaire et radiculaire.

. Le maximum douloureux est habituellement situé dans l'espace où siège la hernie. La pression appuyée para-vertébrale peut déclencher, non seulement la douleur locale, mais également une douleur irradiée, identique à la douleur spontanée, dans le membre inférieur, réalisant le signe de la sonnette. Quand le trajet vers le membre inférieur est typiquement radiculaire, ce signe aurait une bonne valeur prédictive de conflit disco-radiculaire.

Le signe de Lasègue est caractéristique du conflit disco-radiculaire. L'élévation progressive du membre inférieur avec le genou étendu réveille à partir d'un certain angle la radiculalgie et déclenche une réaction de défense très caractéristique. L'élévation de la jambe ne peut être poursuivie que si l'on fléchit le genou. L'angle d'apparition de la douleur rend compte, dans une certaine mesure, de la sévérité de la sciatique et constitue un élément pour évaluer l'évolution sous traitement. Cela n'est pas proportionnel à la taille de la hernie. Il peut y avoir un Lasègue contro-latéral, c'est à dire que le réveil de la douleur à l'élévation du membre non sciatalgique possède encore plus de valeur que le Lasègue omo-latéral, pour le diagnostic de conflit disco-radiculaire. Il témoigne habituellement de

la présence d'une hernie de gros volume.

On en rapproche également le réveil de la lombalgie ou de la sciatique lors de la flexion forcée de la nuque, ce qui pourrait témoigner d'une hernie de gros volume, soit une réaction inflammatoire dure-mérienne.

Variations cliniques du syndrome rachidien

Quelques variantes : l'absence totale de syndrome rachidien doit faire envisager à priori la possibilité d'une pathologie non discale. Ce n'est qu'après avoir éliminé un tel diagnostic différentiel que l'on revient dans le domaine de la lombalgie commune et il s'agit dans ce cas, le plus souvent, d'une hernie rompue et migrée.

La disparition brutale du syndrome lombaire au cours de l'évolution d'une sciatique avec persistance ou aggravation de la radiculalgie doit faire évoquer une hernie rompue.

L'apparition du syndrome lombaire, uniquement lors du passage en position debout et à la marche semble être une situation plus fréquente dans les hernies foraminales et dans les participations de l'arc postérieur. (arthropathie articulaire postérieure dégénérative). Une raideur importante lombaire, mais surtout globale, c'est à dire sans secteur relativement libre, à fortiori quand elle s'accompagne de lombalgies nocturnes, impose d'éliminer une pelvi-spondylite rhumatismale.

Quand la lombalgie n'est réveillée que par la palpation appuyée du quart interne de la crête iliaque et surtout quand elle s'accompagne d'une douleur qui irradie le long de la fesse et de la cuisse, sans extension à la jambe, il faut penser à une pseudo-radiculalgie par détérioration aiguë ou chronique du carrefour fibreux ilio-lombaire, comportant le ligament ilio-lombaire, l'aponévrose lombaire et l'insertion de la masse commune sacro-lombaire, toutes ces structures sont très innervées et sont capables de générer des douleurs irradiées.

Examen neurologique

La recherche d'un déficit moteur débute par un test simple : la marche sur les talons pour dépister un déficit des loges antéro-externes dans les radiculalgies L5 et la marche sur la pointe des pieds pour dépister un déficit de la loge postérieure dans les radiculalgies SI. II

est inutile d'aller plus loin si ces tests sont normaux, par contre, en cas d'anomalie, on peut côter le déficit par un testing analytique.

La présence d'une hypoesthésie superficielle a plus valeur de diagnostic topographique que de gravité. En pratique, l'hypoesthésie du dos du pied traduit une souffrance L 5 et l'hypoesthésie du bord externe du pied et du talon une souffrance S 1. Il faut systématiquement étendre la recherche d'une hypoesthésie superficielle jusqu'à la région périnéale, même quand l'interrogatoire ne retrouve pas de troubles génitaux sphinctériens. Il n'est pas exceptionnel d'observer de « grands débordements » de l'hypoesthésie dans des lombo-sciatiques communes sans autre cause et en dehors de tout terrain hystérique. Le mécanisme demeure parfois inconnu.

Les réflexes ostéo-tendineux ont une valeur localisatrice, l'atteinte du réflexe achilléen traduit avec certitude une souffrance SI, il faut la rechercher en mettant le patient à genoux sur une chaise. L'abolition du réflexe n'est pas un témoin de gravité justifiant

une attitude thérapeutique offensive, elle peut persister pendant plusieurs années après la guérison, voire définitivement. Les réflexes rotuliens explorent la racine L4 et accessoirement L3, il n'y a pas d'arc réflexe pur pour la racine L5 (cf réflexes du biceps fémoral ou du tenseur du facialata).

Enfin, il faut explorer le système nerveux central en recherchant au minimum le réflexe cutané plantaire. (pour ce qui concerne les très exceptionnelles sciatiques cordinales).

c) Les douleurs projetées

Elles correspondent à l'irritation de la branche rachidienne postérieure correspondante. Cette irritation de la branche postérieure se traduit, non seulement par des douleurs mais également par des troubles neurotrophiques (cordon musculaire induré et plaque d'infiltrat cellulalgique), que l'on cherchera dans le territoire correspondant, décalé de 3 à 4 étages vers le bas, au niveau du dos, par rapport au niveau d'origine. La bande de cellulalgie suspendue transversale unilatérale est le témoin le plus évident de cette irritation. Les cordons indurés se retrouvent au niveau des muscles para-vertébraux au-dessous du niveau d'origine. L'analyse de ces troubles a un intérêt diagnostique évident et un intérêt thérapeutique dans le cadre des traitements par manipulation. Par exemple : Prenons le cas d'un patient qui présente une douleur de la fosse iliaque droite, irradiant vers l'aîne. Les examens ont éliminé toute lésion locale ou viscérale. S'agit-il d'une douleur projetée d'origine vertébrale ? Les radios montrent un rachis normal, particulièrement sur les étages dorsaux inférieurs et lombaires supérieurs et l'examen rachidien classiquement conduit, ne montre rien de particulier. Mais si on examine par le pincé-roulé les plans cutanés de la fosse iliaque droite, on trouve une vive sensibilité sur quelques centimètres carrés où le pli est épaissi, ce qui n'existe pas du côté opposé. Nous avons vu que cette cellulalgie peut être la conséquence de la souffrance du nerf correspondant à ce territoire, sa présence est donc en faveur d'une irritation d'un nerf rachidien. Nous examinons alors les étages dorsaux inférieurs en pratiquant les signes décrits plus hauts et nous constatons que

1 ° la manoeuvre de pression latérale sur l'épineuse de D12 est douloureuse vers la gauche, alors que les manoeuvres identiques sur D11 et L1 sont indolores, de même que les pressions sur la droite, sur les épineuses de ces 3 vertèbres.

2° Le ligament inter-épineux D12-L1 est douloureux à la manoeuvre de la clé, ce qui permet de bien mettre en évidence la souffrance de l'étage correspondant à la racine qui innerve le territoire douloureux

3° Il existe un point postérieur au niveau du massif articulaire postérieur droit D12-L2.

4° Plus bas, une zone de cellulalgie dans la fosse lombaire, correspondant au territoire de la branche postérieure de L1.

Sans la recherche des signes du dérangement inter-vertébral, rien n'aurait permis ni d'affirmer le diagnostic ni d'en faire un traitement rationnel (Robert MAIGNE, douleurs d'origine vertébrale et traitement par manipulations).

Les pseudo-radiculalgies provenant de lésions ligamentaires ou tendineuses sont difficiles à affirmer

Elles correspondent à l'irritation de la branche rachidienne postérieure correspondante
- La compression du rameau postérieur de D12 (syndrome de Maigne) : le point douloureux para-vertébral est haut situé D12-L1 et il existe une douleur sur la crête

iliaque, accentuée par la pression, associée à des cellulalgies au pincé-roulé de la peau, entre la jonction dorso-lombaire et la crête iliaque. Les radiographies peuvent montrer une arthrose articulaire postérieure D12-L1 mais elles sont le plus souvent normales.

- Les tendinopathies sus-trochantériennes : moyen fessier ou pyramidal irradient le long de la face externe de la cuisse, simulant une radiculalgie L5. La douleur apparaît principalement à la montée des escaliers et n'est pas influencée par les mouvements du rachis lombaire.

Les bursites ischiatiques irradient le long de la face postérieure de la cuisse simulant une radiculalgie SI. La douleur apparaît à la pression de l'ischion et à la flexion forcée de la hanche.

Les lésions du carrefour fibreux ilio-lombaire irradient vers la face externe de la cuisse, vers l'aîne, et parfois simultanément vers la fesse. Ces multiples irradiations permettent facilement d'écarter une radiculalgie.

d) Qu'est-ce qu'un syndrome de déconditionnement ?

Le syndrome de déconditionnement à l'effort chez le lombalgique chronique n'est pas seulement l'expression de la douleur, mais aussi celui d'une insuffisance ou d'une inhibition de la musculature abdomino-lombaire, chez un patient qui craint de voir apparaître un nouvel épisode douloureux au cours d'un effort ou d'un exercice (cinésiophobie). Ceci aboutit à un cercle vicieux d'inactivité duquel le patient ne peut plus sortir.

C'est de ce principe qu'est basé le reconditionnement à l'effort dont le but est de faire réaliser une activité physique contrôlée, conduisant à la reprise des efforts. Ce type de programme ne relève pas de la pratique quotidienne. Il est défini à partir d'une évaluation des aptitudes à l'effort cardio-respiratoire et musculaire (article S. Poiraudéau, M. Revel, évaluation analytique des moyens thérapeutiques dans la lombalgie : prise en charge physique et fonctionnelle, communication à la journée de Lille du 3 décembre 1999, organisée par la section rachis de la Société Française de Rhumatologie).

En l'état actuel des connaissances, rien ne permet de reconnaître cliniquement une douleur d'origine discale ou articulaire postérieure. Et pourtant, des millions de sujets qui consultent chaque année pour lombalgies font l'objet d'un diagnostic lésionnel spéculatif dont les conséquences sont majeures sur le plan médico-légal et sur le vécu des patients.

Les progrès des techniques d'imagerie permettent maintenant la mise en évidence par l'IRM de discopathies dégénératives présentes chez plus d'un tiers des sujets de moins de 30 ans, indemnes de lombalgies, chez plus de 50 % des moins de 50 ans, et chez plus de 90° des plus de 50 ans, avec la mise en évidence par la TDM ou l'IRM de hernie discale discale lombaire présente chez 20 à 40° des sujets qui ne souffrent pas, d'instabilité lombaire ou d'étranglement canalaire pour lesquelles, en dehors des cas avec atteinte neurologique, on n'a jamais pu faire de corrélation clinique. (Professeur VALAT), ABSTRACT RHUMATOLOGIE, editorial 2002)

2° LES LOMBALGIES SYMPTOMATIQUES : rechercher les signes d'alerte -

Fracture ? ce sont essentiellement les circonstances de survenue et l'imagerie.

Néoplasie ? Ce sont essentiellement l'âge, perte de poids inexplicée, antécédent tumoral, ou échec du traitement symptomatique. Essentiellement également les signes biologiques, voire imagerie.

Infection : fièvre, douleurs nocturnes, contexte d'immuno-dépression, d'infection urinaire... C'est la biologie qui est utile à l'examen.

Enfin, pathologie inflammatoire : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appel cutanés, colite, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie.

L'aspect inflammatoire est évoqué à l'interrogatoire (rythme inflammatoire, lombofessalgie à bascule ...etc..., sensibilité aux AINS).

A l'examen, la raideur lombaire est le signe d'examen le plus constant : cette raideur porte sur tous les mouvements de mobilité lombaire : la limitation de l'antéflexion peut s'évaluer par la distance doigt-sol et l'indice de Schober, et la limitation de l'inclinaison latérale par la distance main-malléole.

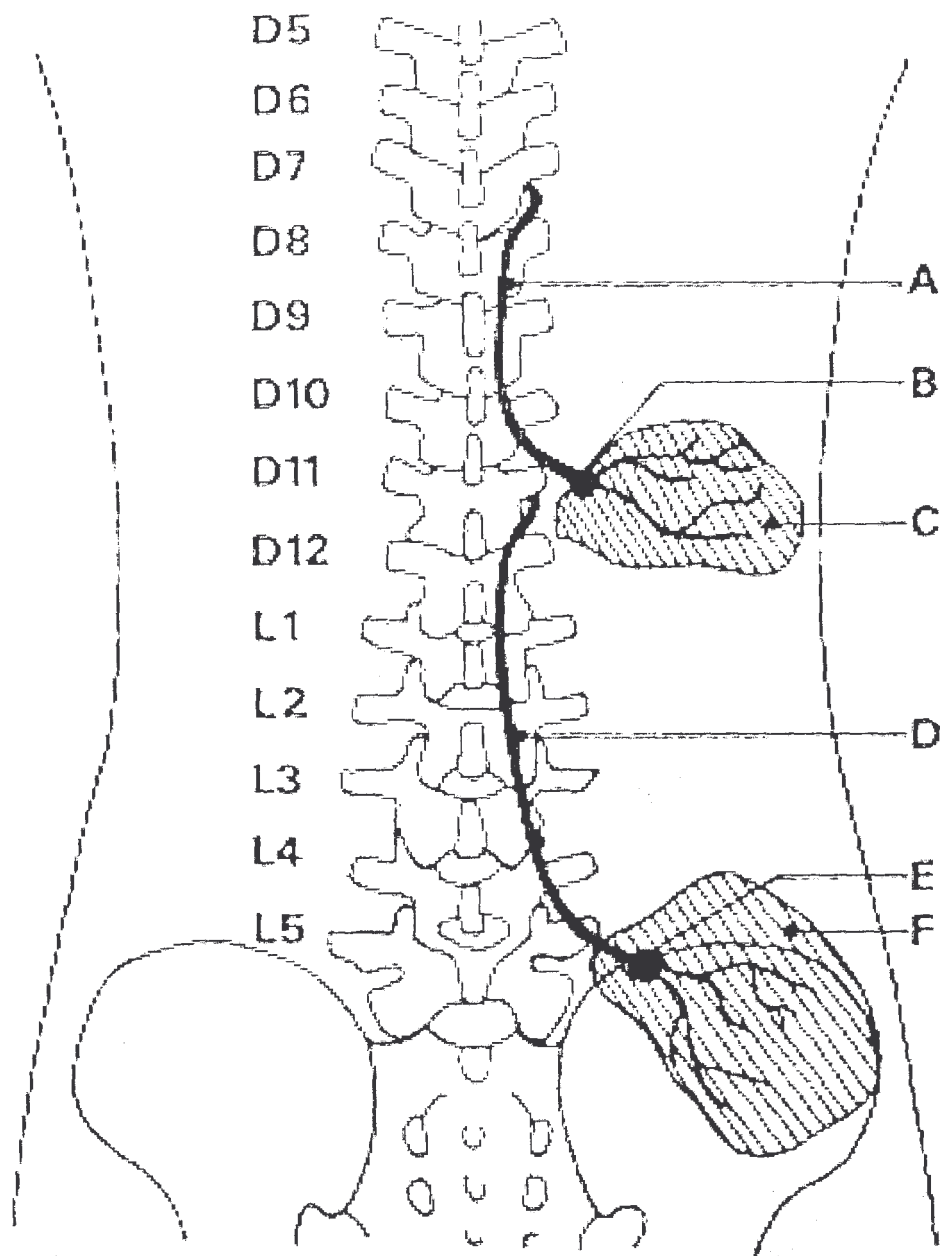
CONCLUSIONS DE LA REUNION

1° L'examen clinique soigneux n'est pas l'assurance d'un diagnostic lésionnel précis(anatomique, c'est à dire discal ou articulaire postérieur par exemple).

2° Cette analyse est en revanche assez solide pour différencier lombalgies communes et symptomatiques à condition de le réaliser de façon soigneuse et systématique, éventuellement répétée.

3° Les signes d'examen doivent comporter systématiquement la recherche des « signes d'alerte » (fièvre, altération de l'état général, déficit neurologique), et déclenchent rapidement les examens complémentaires.

4° L'analyse de la statique rachidienne à l'examen, l'analyse de l'insuffisance musculaire, soit des muscles spinaux, ou des muscles abdominaux, l'analyse des rétractions musculaires vous aident à diriger la kinésithérapie.



- A) Branche postérieure du 7^{eme} nerf rachidien dorsal.
- B) Point d'émergence superficielle du rameau cutané.
- C) Zone d'innervation cutanée de ce nerf (D7).
- D) Branche *postérieure* du 12^{eme} nerf rachidien dorsal.
- E) Point d'émergence superficielle du rameau cutané.
- F) Zone d'innervation cutanée de ce nerf.

Le tracé est schématique : Ne figure pas sur ce dessin le rameau musculaire qui innerve les muscles para vertébraux.