

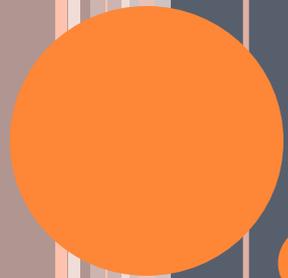
**G R O U P E
H O S P I T A L I E R
D U H A V R E**

RACHIS LOMBAIRE ET CERVICAL

Démarche diagnostique et prise en charge

Séminaire AHFMC– 15 octobre 2020

Laure BERARD - rhumatologie

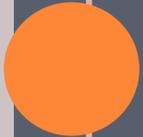
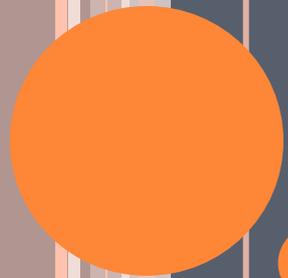


QUESTIONS PRE TEST

VRAI OU FAUX

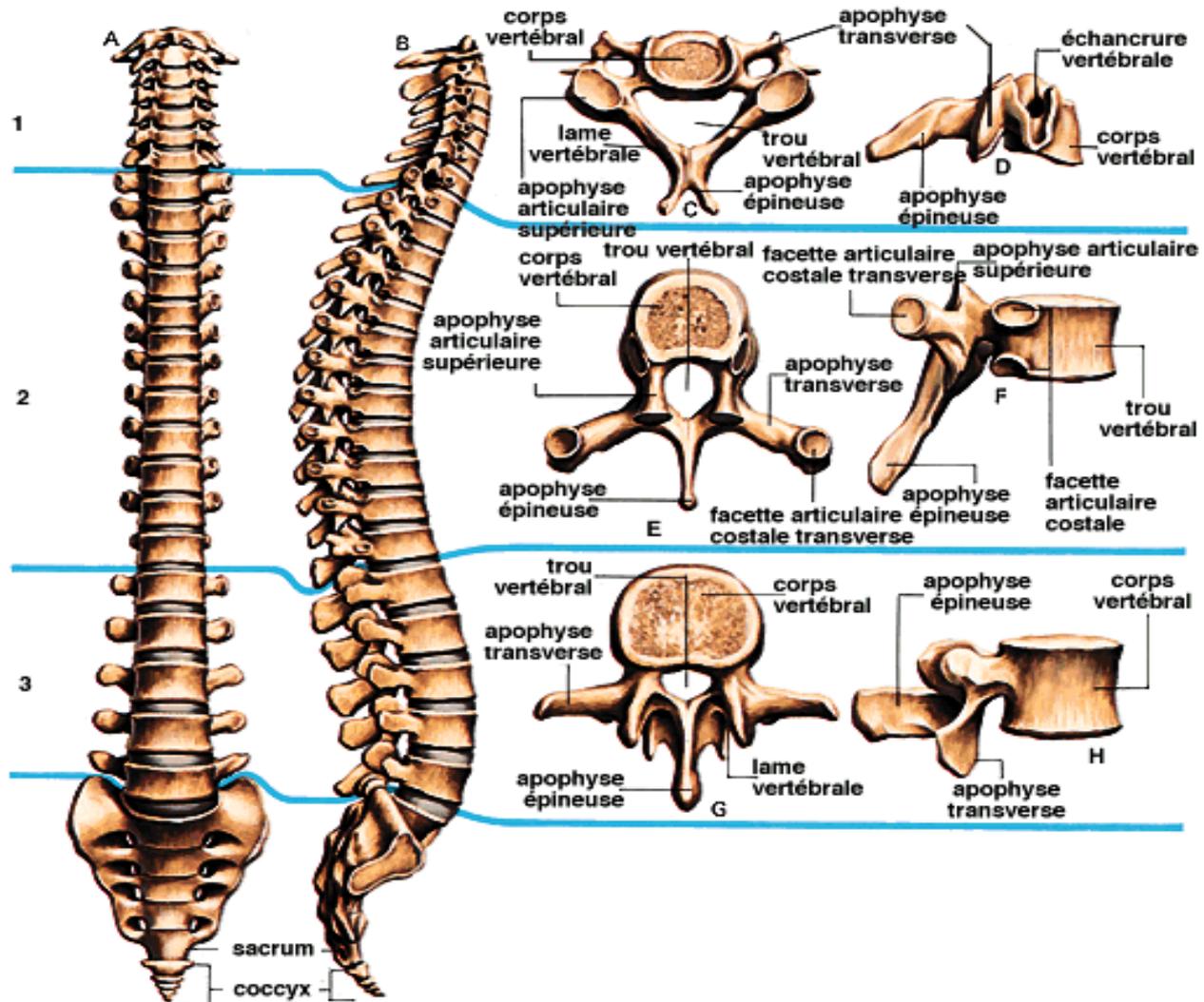
- Un patient qui présente un dérouillage matinal de 20 minutes a une maladie inflammatoire
- Pas d'examen du rachis lombaire sans examen des hanches
- La raideur rachidienne globale doit faire rechercher en urgence une infection
- La lombalgie s'explore en 1^{er} par Rx en charge rachis lombaire face + profil + bassin
- Il faut une concordance radio-clinique pour que les infiltrations lombaires dans les radiculalgies soient pertinentes
- La cervicalgie avec irradiation au MS impose un examen d'épaule



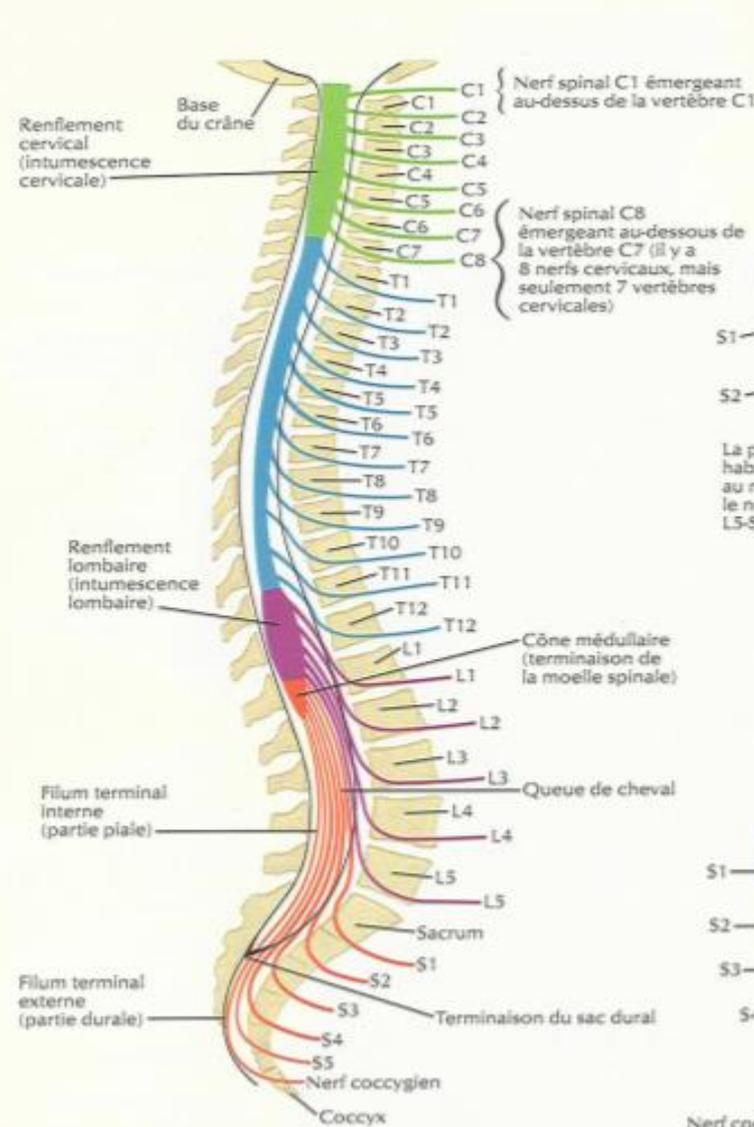


ANATOMIE

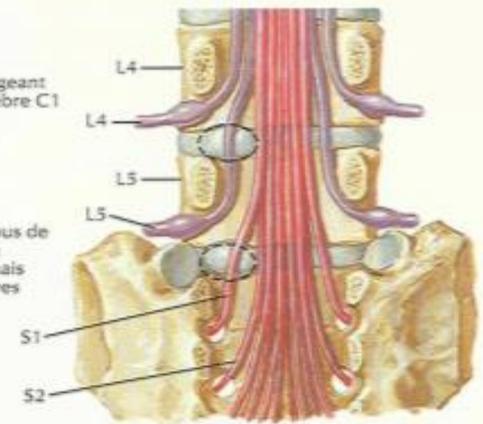
VERTÈBRES



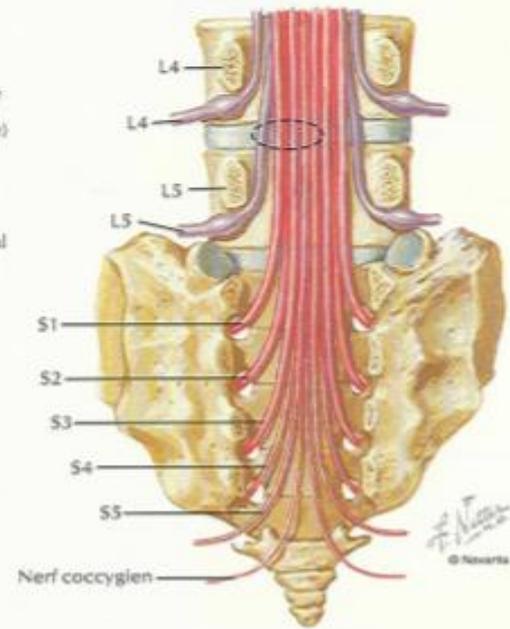
RACINES



- Nerfs cervicaux
- Nerfs thoraciques
- Nerfs lombaires
- Nerfs sacraux et coccygiens

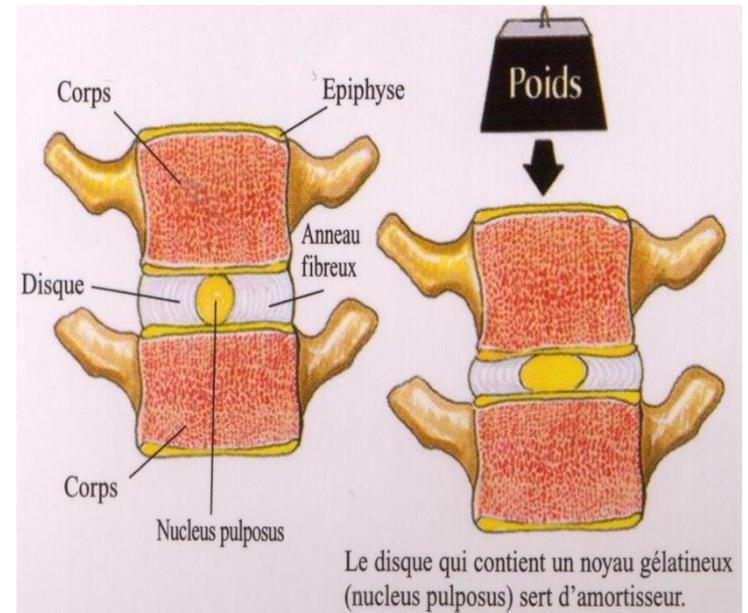
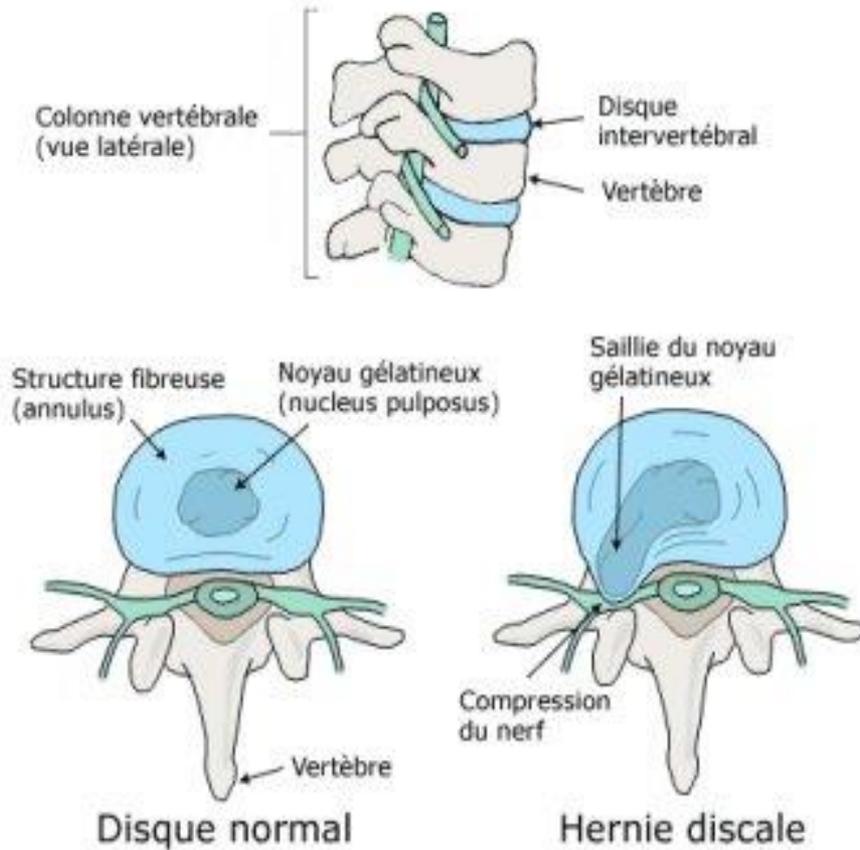


La protrusion du disque lombaire n'affecte pas habituellement le nerf sus-jacent. Une protrusion latérale au niveau du disque de L4-L5 affecte le nerf spinal L5, pas le nerf spinal L4. Une protrusion au niveau du disque de L5-S1 affecte le nerf spinal S1, et non le nerf spinal L5.

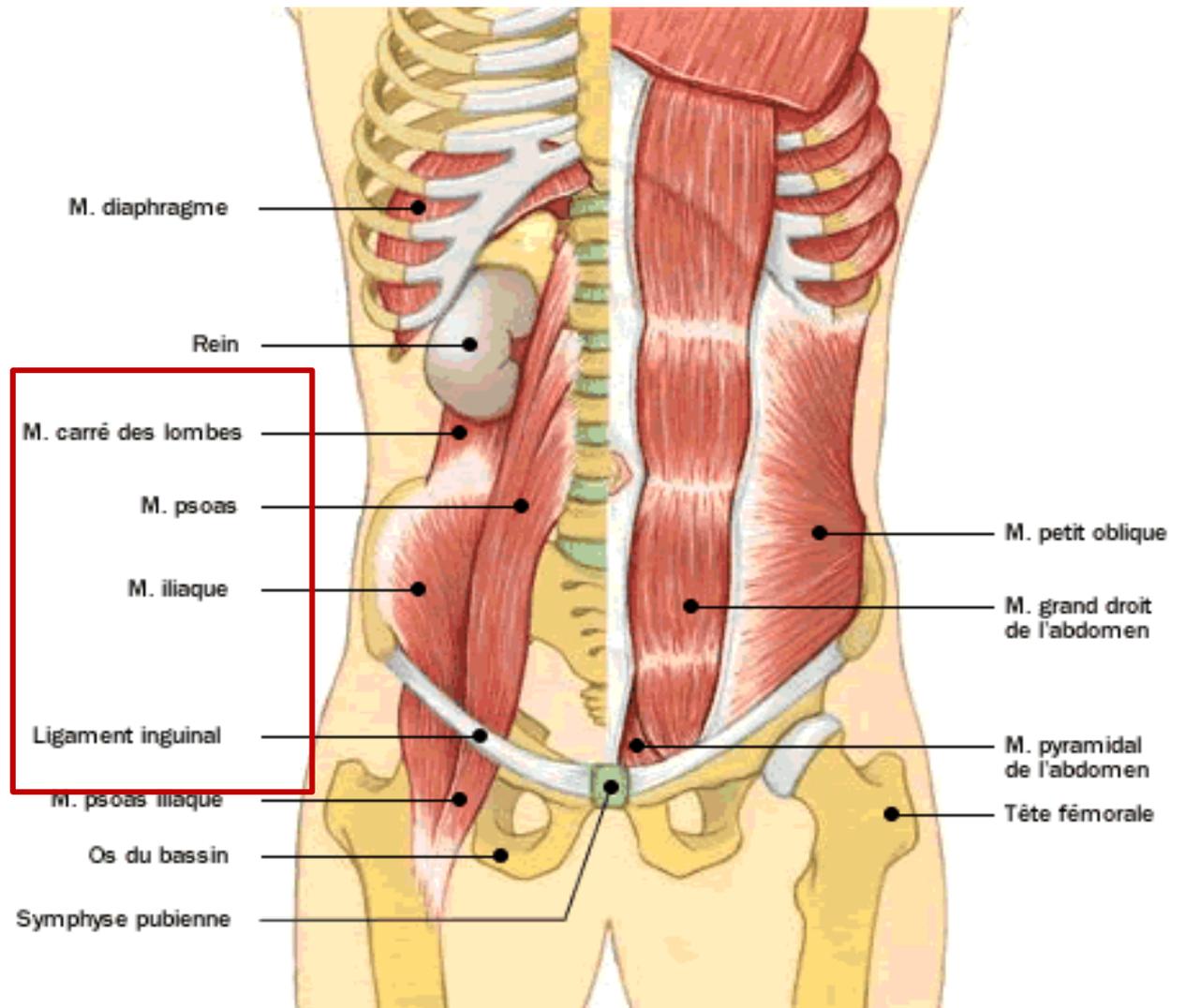


La protrusion médiale au niveau du disque de L4-L5 affecte rarement le nerf spinal L4, mais peut affecter le nerf spinal L5 et parfois les nerfs spinaux S1-S4.

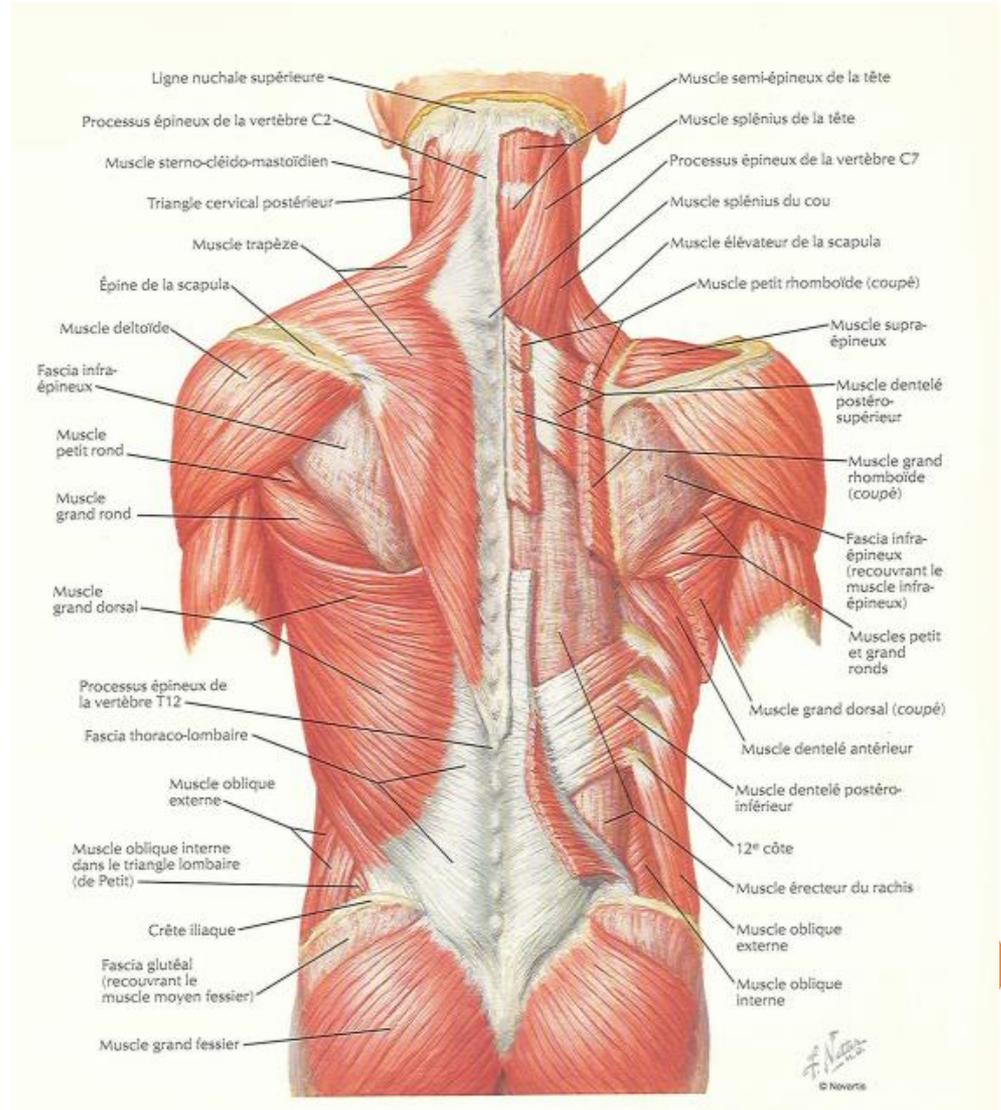
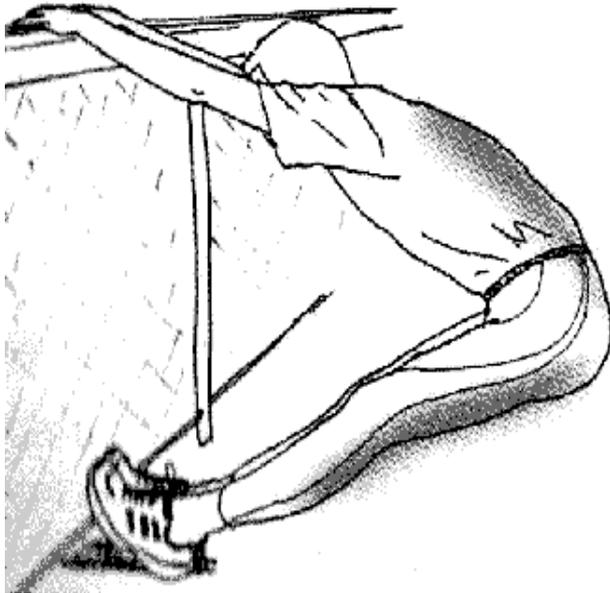
FONCTION DISCALE

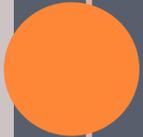
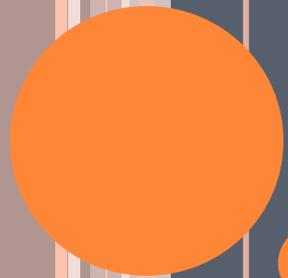


MUSCLES ANTÉRIEURS



MUSCLES POSTÉRIEURS





RACHIS LOMBAIRE

CLR : Canal lombaire rétréci

CLE : Canal lombaire étroit

LS : Lombosciatique

HD : Hernie discale

SI : Sacro iliaque

- INTERROGATOIRE policier pour le rachis
 - HORAIRE ++
 - Radiculalgies ?
 - pluri- et bilatérales (CLR, CLE)
 - monoradiculaire unilatérale (LS par HD)
 - Claudication ? (CLE, CLR, sténose foraminale)
 - Maximum assis (SI, sd piriforme, discopathie L5S1, sténose foraminale)
 - Soulagée en antéflexion ou assis (CLE, CLR, HD, sténose foraminale)



HORAIRE DOULEUR

	INFLAMMATOIRE	MECANIQUE
Acmé	NUIT Matin > soir Réveil SANS bouger en 2 ^{ème} partie de nuit	JOUR Soir > matin ± Réveil EN BOUGEANT
Soulagement	Au réchauffement	Au repos
Dérouillage matinal	>> 30 minutes	
Positionnel	non	oui

TOUTE Lombalgie (vraiment) INFLAMMATOIRE impose
=> bio (nfs crp vs EPP au minimum)
=> IRM



EXAMEN PHYSIQUE

- TOISER le patient puis deux temps
 - Rachidien et bassin
 - Inspection
 - Palpation
 - Mobilisation
 - Neurologique
 - Syndrome lésionnel : atteinte radiculaire
 - Syndrome sous lésionnel : atteinte médullaire
- **Pas d'examen lombaire sans examen des hanches**



INSPECTION

- Patient debout et **dévéto**...
- Plan sagittal
 - Perte de lordose lombaire (Lumbago , CLR)
 - Hyperlordose lombaire (ex : surcharge des articulaires postérieures)
 - Flessum de hanches
- Plan frontal
 - Attitude antalgique cf plus loin
 - Scoliose



PALPATION AU MIEUX = COUCHÉ

- Repérage L4-L5 :
 - Placer les index aux sommets des crêtes iliaques puis reporter ce niveau sur la ligne médiane
- Epineuses :
 - pression axiale puis de droite à gauche
 - PERCUSSION si recherche de fracture
- Articulaires postérieures à 2 cm de la ligne médiane, 1 cm sous l' épineuse postérieure
 - Pression + appui de haut en bas
 - Sg de Klemp peu sensible (pression + rotation du côté homolatéral en extension)

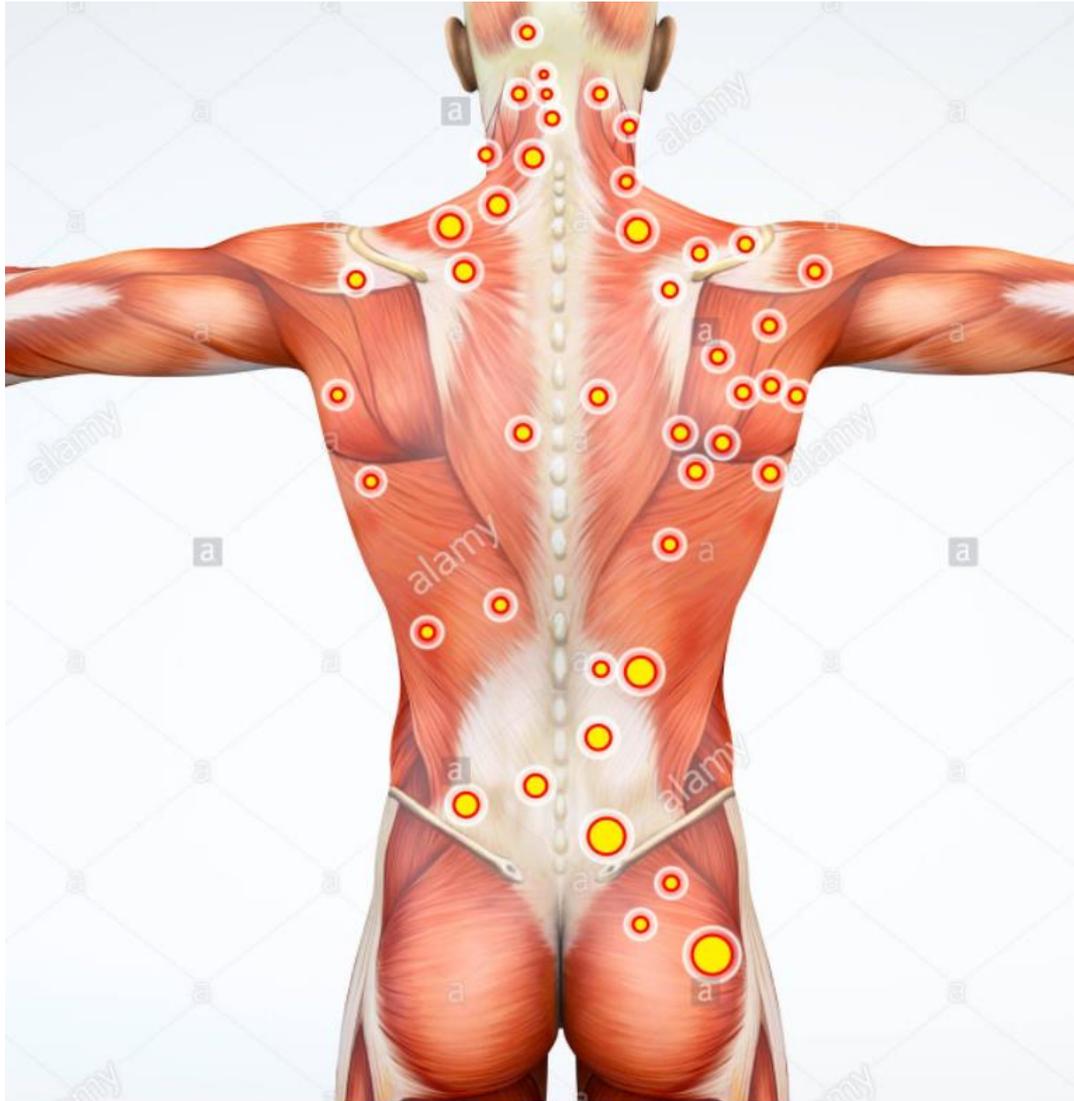


PALPATION AU MIEUX = COUCHÉ

- Muscles : cordons et trigger points
 - Seuls les muscles superficiels sont palpables
 - Pas de valeur étiologique
- Cellulalgies : douleur cutanée au palper-rouler
- Testing de hanches : cf topo Dr S. Mouchel
- Sacro iliaques
 - Pression directe en décubitus ventral
 - Trépied - Cisaillement



PRINCIPAUX TRIGGER POINTS



MOBILISATION

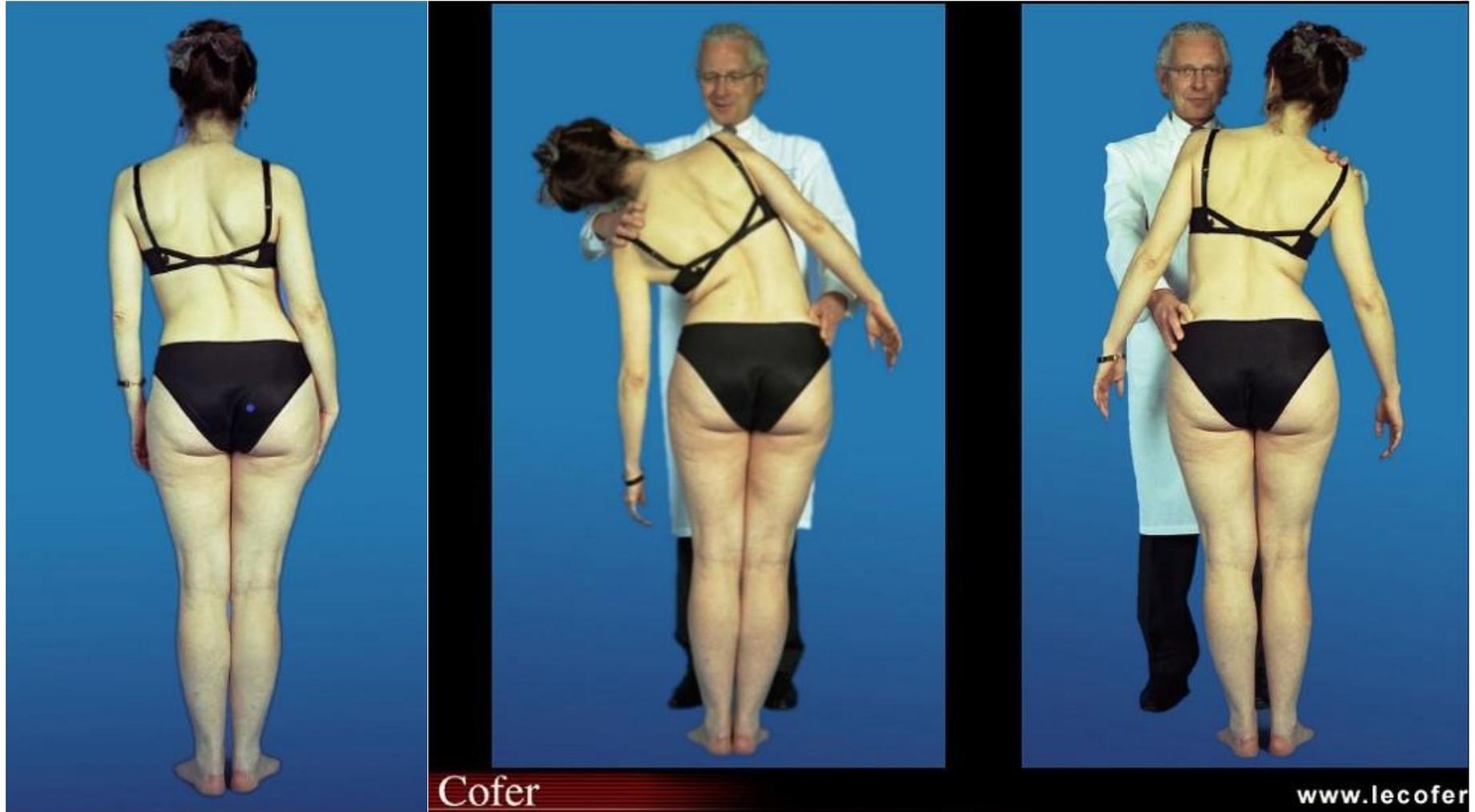
- **DEBOUT : RACHIS** mobile dans 3 dimensions
 - **Antéflexion** :
 - Distance doigts-sol jambes tendues
 - Indice de Schöber s'affranchit des ischio jambiers
 - **Flexions latérales** : mesurer
 - **Rotations** : une main sur la crête iliaque, l'autre sur l'épaule opposée accompagnant le mouvement de rotation

- **Raideur ?**
 - Rachidienne : Segmentaire ou globale?
 - Ischio-jambiers

- **Gibbosité?**



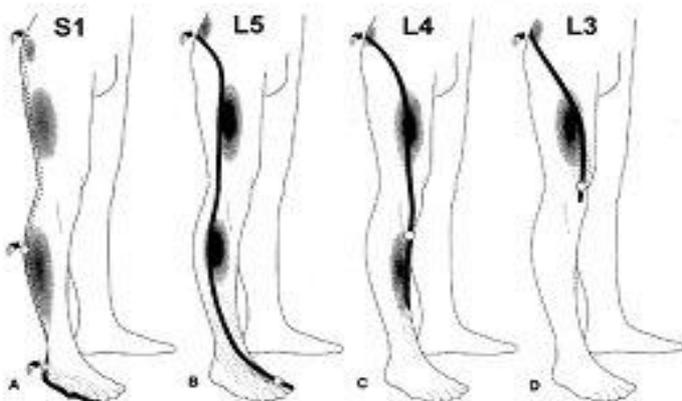
ATTITUDE ANTALGIQUE
RAIDEUR SEGMENTAIRE EN FLEXION LATÉRALE
MAIS PAS DE SCOLIOSE



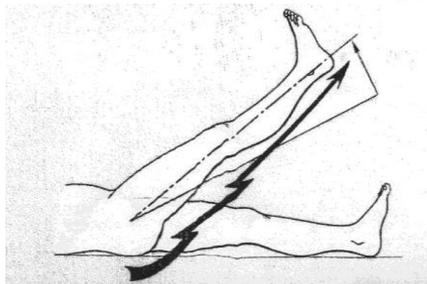
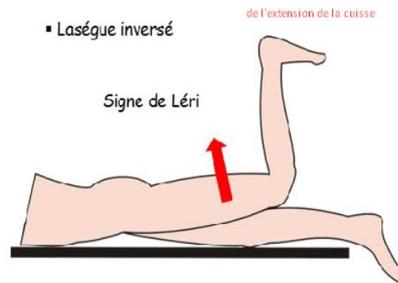
Cofer

www.lecofer

SI RADICULALGIE



Anteroposterior view of the lower extremity. The black thick line represents the sharp, radiating pain, which often has a dermatomal distribution. The sharp radiating pain in S1 radiculopathy is indicated by interrupted lines. It tends to be in the center of the posterior thigh and calf. The diffuse gray areas represent the poorly localized dull ache. The circles indicate areas where pain may concentrate. The area covered by small dots indicates the location of paresthesias and sensory impairment. A. S1 radiculopathy. B. L5 radiculopathy. C. L4 radiculopathy. D. L3 radiculopathy.



Lasègue : élévation passive jambe tendue, reproduit la SCIATIQUE

- Fièvre ± AEG = bio + hospitalisation

- HD : Conflit disco-radiculaire?

- Impulsivité
- Léri pour cruralgie
- Lasègue pour sciatique

- CLR / sténose foraminale

- Progressif non impulsif



RADICULALGIE COMPLICATIONS URGENTES

- Déficit moteur ?
 - L3/L4 : Extension de genou et Flexion de hanche
 - L5/S1 : Marche sur talons (L5) – sur pointes (S1)
 - **Avis chirurgical si $\leq 3/5$ et s'aggrave**
- Syndrome sous lésionnel ?
 - **Chirurgie dans les 6h**
- Sd de queue de cheval ?
 - **Toujours** rechercher une hypoesthésie périnéale même si absence de troubles sphinctériens à l'interrogatoire
- *L'abolition d'un ROT a une valeur **localisatrice** mais pas de gravité.*



PRESCRIPTION IMAGERIE PROPOSITIONS

- Selon le phénotype de patients
 - Lombalgie mécanique non impulsive : Rx en charge F+P et bassin
 - Lombalgie mécanique impulsive : IRM
 - Lombalgie inflammatoire : Rx en charge F+P et IRM
 - Syndrome articulaire postérieur : TDM/ IRM
 - Radiculalgie : Scanner
 - Scoliose et troubles statiques : EOS
- Si clinique atypique : **MIEUX VAUT DECRIRE LA DOULEUR** qu'écrire lomboradiculalgie
 - Ex : lombopygalgie et irradiation douleur face antérieure de cuisse puis postérieure de jambe
 - Coxarthrose et kyste poplité... et non lombosciatique



INFILTRATIONS

- La pertinence d'une infiltration requiert une **CONCORDANCE RADIOCLINIQUE LESIONNELLE**
- Les types anatomiques d'infiltrations
 - Epidurale
 - AIAP
 - (Préforaminale)



QUELQUES FOCUS SUR LES PRINCIPALES PATHOLOGIES MECANIQUES



LOMBALGIE AIGUE MÉCANIQUE

- Durée d'évolution et circonstances survenue?
- Raideur segmentaire
- Etiologies
 - Lumbago
 - Discopathie
 - Fracture vertébrale :
 - Chute? ou pas... se baisse pour jardiner et crac!
 - Perte de taille : - 5 cm = percussion vertébrale+ Rx
 - TRAITER L'OSTEOPOROSE – la prochaine fois, c'est le COL DU FEMUR



LUMBAGO

- Facteur déclenchant (FD)
 - Port de charge
 - Long trajet en voiture suffit
 - Torsion de buste
- Contracture ± impulsivité et pygalgie
- Rassurer et repérer les FdR de chronicisation
- Pas de FD ou répétition = Rx en charge + IRM
- KINE toujours



DISCOPATHIE

- DISCOPATHIE DEGENERATIVE > 70% dès 50 ans
- Inflammatoire (IRM) :
 - kiné
 - cure d'AINS
 - infiltration intra discale
 - voire immobilisation par corset et chirurgie d'arthrodèse
- Mécanique : pas de traitement spécifique
 - kiné
 - protrusion ou non ± impulsive
 - Peut favoriser lumbagos à répétitions



LOMBALGIE CHRONIQUE

- 8% des 80% de patients ayant eu mal au dos
- Etiologies
 - 50% sans lésion ... Facteurs de vulnérabilité psychosociaux , insatisfaction au travail, fausses croyances, anxio dépression, catastrophisme, kinésiophobie
 - Sd des articulaires postérieures
 - Sd Baastrup
 - ...



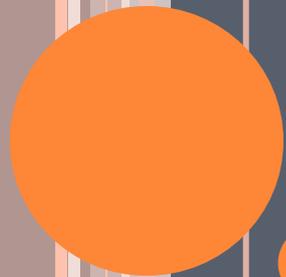
SYNDROME ARTICULAIRE POSTERIEUR

- sans signes discaux
- + femme de plus de 65 ans
- absence d'impulsivité
- l'aggravation de la symptomatologie
 - en hyperextension
 - en se relevant d'une position en flexion du tronc
 - en revenant d'une position en antéflexion,
- amélioration par le décubitus.



PAUSE ?





RACHIS CERVICAL

- Même focus horaire douleur que pour le lombaire
- Irradiation ?
- Position améliorant :
 - rotation oriente vers origine haute C1-C2
- Temps d'examen identique qu'au rachis lombaire



INSPECTION

- Type cou (court et raide/ long,hyperlaxe, muscles faibles)
- Attitude antalgique
- Amyotrophie MS / ceinture scapulaire



PALPATION EN DÉCUBITUS DORSAL

- Os
 - Mastoïde
 - Epineuses : C2 1^{ère} palpable - C7 la plus saillante
 - Articulaires postérieures , plus profondes
- Musculaire : cordons = dysfonctionnement segmentaire ou sur-utilisation posturale
 - Sterno cleido mastoïdien
 - Trapèzes



MOBILISATION :

LIMITATION ? SEGMENTAIRE OU GLOBALE ?

- 3 dimensions
- Flexion : distance menton-sternum < 2 travers de doigts
- Extension : plan « nez-front » à l'horizontale
- Rotations :
 - Droite une main bloque l'épaule gauche, l'autre accompagne le menton
 - Norme 60-80° symétrique
- Inclinaisons latérales: norme 45 °
- **SIGNE DE LHERMITTE** : allongé, flexion : si déclenche douleur rachis et membres : souffrance dure mérienne



EXAMEN NEURO

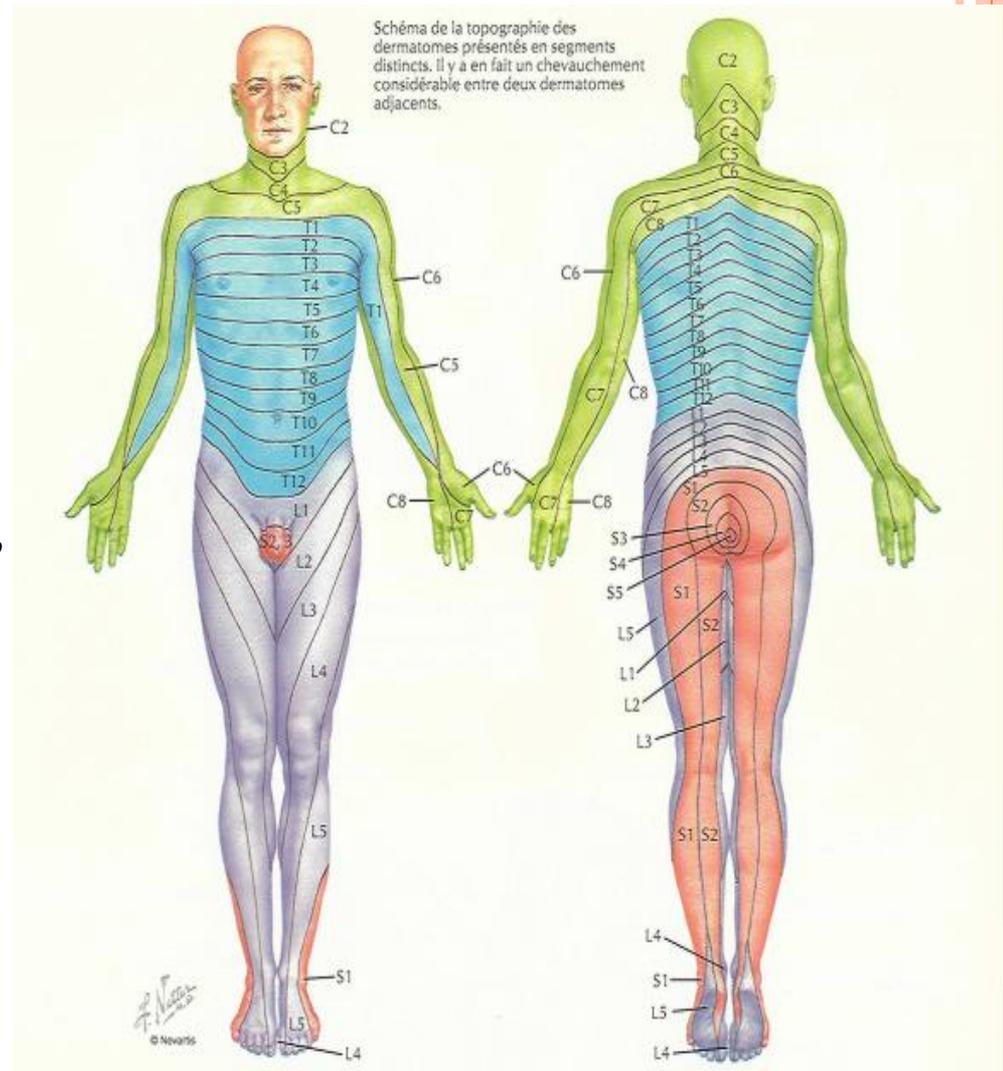
RECHERCHE COMPRESSION RADICULAIRE OU MEDULLAIRE

- Syndrome lésionnel : = souffrance radiculaire
 - Idem que sciatique : ROT, motricité, sensibilité
- Syndrome sous lésionnel : = souffrance médullaire
 - sd pyramidal
 - amyotrophie



DERMATOMES

- C5: deltoïde, face antérieure du bras.
- C6 : face externe de l'avant-bras, pouce et index.
- C7 : face postérieure du bras, de l'avant-bras et majeur.
- C8 : face interne de l'avant-bras et auriculaire.



FOCUS PAR SITUATIONS CLINIQUES



CERVICALGIE DU JEUNE

○ Posturale bénigne

- Accentuation en fin de journée (tête tombante)
- Topographie postérieures diffuses
- Morphotype longiligne
- Mobilités conservées (différence avec l'arthrose)
- Médicaments inefficaces, pas d'infiltration
- Kiné de renforcement +++

○ Psychosomatique

- Fréquence surestimée, F=H
- Points douloureux multiples
- Mobilités et RX normales
- Troubles du sommeil
- Antalgiques, AINS, anxiolytiques +/- traitements physiques
- Antidépresseurs



CERVICAL SUJET AGE

- Cervicalgie +/- radiculalgie
 - Lésions articulaires et discales
 - Restriction de mobilité (++)
 - Valeur des traitements physiques moindre
- Poussée congestive
 - PENSER A LA CHONDROCALCINOSE
 - Pas de kiné mais collier (1-2 semaines)
 - AINS (dose d'attaque), antalgiques forte dose 7-8 jours
 - Cortico PO 2^{ème} intention
 - Puis infiltration Articulaire post sous scopie après (IRM/TDM)
+ semi-minerve
- Douleur chronique
 - Tractions cervicales
 - Masso-kinésithérapie, travail proprioceptif et aérobie
 - Antalgiques à la demande



CERVICALGIE ET NCB

- Diagnostic différentiel
 - Pathologie de la coiffe des rotateurs mimant une radiculalgie C5 ou C6
 - Syndrome de Parsonage et Turner
 - Syndrome du défilé thoraco-brachial
 - Épicondylite
 - Syndrome du canal carpien



CERVICAL SUJET AGE

NCB PAR HD MOLLES OU UNCARTHROSE

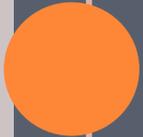
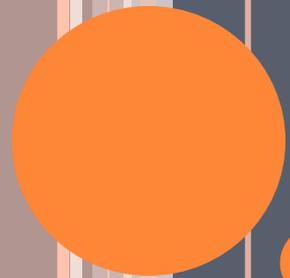
- Radiculalgie unilatérale et monoradiculaire
- Mobilité limitée et douloureuse, sonnette
- Eliminer signes de souffrance médullaire (sd pyramidal)
- AINS pdt les crises puis cortico PO puis infiltration IAP
- Kiné, travail de renforcement, travail PROPRIOCEPTIF
- Si échec, chirurgie après décision multidisciplinaire



MESSAGES CLES

- L'interrogatoire est primordial notamment l'horaire de la douleur.
- Les explorations dépendent du phénotype des patients.
- Les infiltrations ont toute leur utilité quand elles sont prescrites sur la base d'une concordance radio clinique.
- Les traitements non pharmacologiques physique sont indispensables. Dans le cas du rachis cervical, le travail proprioceptif chez le jeune est important.
- Les traitements non pharmacologiques et passifs isolés n'ont pas leur place.





QUESTIONS Post TEST

VRAI OU FAUX

- Un patient qui présente un dérouillage matinal de 20 minutes a une maladie inflammatoire *Au minimum 30 minutes jusqu'à plusieurs heures*
- Pas d'examen du rachis lombaire sans examen des hanches
- La raideur rachidienne pan directionnelle doit faire rechercher en urgence une infection
- La lombalgie s'explore en 1^{er} par Rx en charge rachis lombaire face + profil + bassin
- Il faut une concordance radio-clinique pour que les infiltrations lombaires dans les radiculalgies soient pertinentes
- La cervicalgie avec irradiation au MS impose un examen d'épaule

