

DEMEMBREMENT DES LOMBALGIES DITES BANALES OU COMMUNES CHEZ LE SPORTIF

*Dr Y. DEMARAIS INSEP - PARIS
Dr. E.GRANGEON - PARIS*

A l'issue de son examen, après l'interrogatoire du patient comprenant les antécédents, l'histoire de la maladie, l'exposé des signes fonctionnels, après un bilan clinique, le praticien est en mesure d'envisager un diagnostic lésionnel et de proposer un traitement.

Il est classique de parler de lombalgies communes ou banales, les opposant aux lombalgies spécifiques soit de maladies rhumatismales inflammatoires (pelvi- spondylites), tumorales, osseuses ou neurologiques, soit représentant une étiopathogénie particulière (spondylolisthésis, lyse isthmique). Le cadre des lombalgies banales et de la lombalgie commune comprenait un ensemble de lombalgies mécaniques d'origine essentiellement discale à évolution favorable et justifiant habituellement un traitement symptomatique.

La présence d'une hernie discale rebelle ou entraînant des complications neurologiques, un épisode hyperalgique, faisaient déjà sortir de ce cadre certaines lombalgies ou lombo radiculalgies pour orienter vers des traitements plus incisifs.

L'atteinte de la colonne postérieure (souffrance articulaire postérieure ou interépineuse) a depuis longtemps été envisagée comme cause de certaines rachialgies pour justifier elle aussi des traitements spécifiques (syndrome trophostatique de la post ménopause)

L'évolution de l'imagerie, les possibilités de thérapeutiques plus spécifiques et donc mieux adaptées, ont amené les praticiens à préciser le diagnostic lésionnel de leur patient. Cet exposé n'envisagera cependant que les lombalgies d'origine banale. Il convient donc, lors du bilan d'éliminer les rachialgies spécifiques et de demander les examens complémentaires qui permettent d'écarter une telle éventualité

Le démembrement de ces rachialgies dites banales et mécaniques se fera dans un premier temps par la clinique et dans un second temps, si cela est nécessaire par des investigations plus poussées.

Une première étape de la conduite thérapeutique reste donc posée sur un seul bilan lésionnel clinique qui demeure imprécis (avec radiographies standard).

Cette étape reste cependant nécessaire car un grand nombre de ces épisodes sont spontanément résolutifs (dérangement intervertébral mineur) et il est inutile de proposer des investigations lourdes, parfois agressives, onéreuses qui ne déboucheraient pas sur une indication thérapeutique particulière.

La date d'un changement d'attitude pour le praticien n'est pas stéréotypée et dépend de l'intensité du tableau clinique, de l'idée lésionnelle que l'on se fait de la lombalgie, de la gêne fonctionnelle du patient, de la demande de celui-ci pour des raisons professionnelles. Les besoins particuliers du sportif imposent régulièrement d'aborder tôt la précision du diagnostic lésionnel.

L'étape du traitement symptomatique reste cependant nécessaire pour l'ensemble des malades.

NOTION D'UNITE FONCTIONNELLE

Il est en réalité très difficile de préciser le diagnostic lésionnel par la clinique.

En pratique il vaut mieux envisager la notion de souffrance d'une unité fonctionnelle rachidienne comprenant le disque intervertébral, les deux corps vertébraux adjacents, les articulaires postérieures et la colonne des épineuses en arrière, les ligaments unissant ces éléments anatomiques, les muscles ayant une action unitaire au sein de l'unité fonctionnelle (interépineux, transversaires épineux) ou pluri unitaire (carré des lombes, psoas, spinaux-longs etc...).

Chaque élément anatomique peut être lésé mais sa souffrance retentit nécessairement sur les autres et même à distance sur des éléments d'autres unités fonctionnelles. La douleur et la gêne fonctionnelle sont parfois causées par l'élément lésionnel primitif. Dans d'autres cas, ce sont les souffrances secondaires qui s'expriment, gênant ainsi l'interprétation de l'examen.

Un dérangement intra discal avec protrusion conditionne une attitude antalgique avec myotonie réflexe et myalgie. Cette attitude antalgique traduite radiologiquement par le bâillement discal entraîne au niveau de l'unité fonctionnelle des mises en tension ligamentaires. Elle entraîne au niveau des articulaires postérieures des phénomènes de divergence et de convergence. Finalement l'ensemble des éléments anatomiques de l'unité fonctionnelle souffre et le praticien devra essayer d'établir l'élément lésionnel primitif. Cela ne limite pas pourtant les possibilités thérapeutiques des souffrances secondaires qui peuvent être l'expression douloureuse la plus marquée (myalgie, douleur ligamentaire, souffrance d'une articulaire postérieure).

Après échecs des traitements symptomatiques, malgré tout orienté électivement par le bilan clinique initial, le praticien peut être amené à envisager des thérapeutiques spécifiques soit sur la lésion initiale soit même sur ses conséquences c'est à dire sur les désordres secondaires. Il doit le plus souvent affiner son diagnostic par des examens complémentaires. Ceux-ci, compte tenu de leur agressivité relative ne doivent être proposés que s'ils débouchent sur des indications particulières du traitement.

FACTEURS GENERAUX FAVORISANT LES RACHIALGIES

On notera le poids, la taille et on essaiera d'apprécier s'il existe ou non un excès pondéral sur lequel on insistera auprès du patient.

Les troubles statiques structuraux c'est à dire organiques et non en rapport avec une attitude antalgique peuvent favoriser des surmenages de l'unité fonctionnelle. Ils devront donc être recherchés. Il n'est pas toujours souhaitable de les rééquilibrer.

Aucune compensation notamment pour un raccourcissement de membre inférieur ne peut s'imposer sans un bilan radiologique précis, montrant la colonne vertébrale debout de face sans compensation et avec compensation.

Certaines bascules pelviennes peuvent en effet soulager une souffrance et non l'aggraver.

Quand il existe une scoliose structurale dont l'élément primaire est parfois situé au niveau d'un segment rachidien sus jacent, le rééquilibrage de la région lombaire peut entraîner des phénomènes de compensation douloureux. Il est souhaitable aussi de se faire une impression

générale sur la musculature lombo abdominale du sujet bien que celle-ci dans le cadre de la rhumatologie où il n'existe pas de déficit parétique demeure assez subjective. Chez le sportif il est essentiel de rechercher les raideurs segmentaires ou articulaires qui engendrent par compensation une hyper activité ou une surcharge mécanique des segments libres sans intérêt pour le geste sportif.

PATHOLOGIE DISCALE DE TYPE INSUFFISANCE DISCALE

Il existe deux grands types évolutifs pour les pathologies discales.

Certaines pathologies discales vont évoluer sur un mode d'insuffisance discale. La souffrance de ce disque en théorie n'évolue pas vers des dérangements aigus protrusion herniaires. En revanche ces derniers peuvent progressivement entraîner une détérioration discale et aboutir à une évolution chronique.

L'insuffisance discale sera marquée radiologiquement par un affaissement global du disque (diminution de sa hauteur). Elle peut ou non s'associer à des signes dégénératifs (discarthrose) qui n'ont pas de conséquence particulière pratique sauf dans le cas d'arthrose évoluée susceptible d'entraîner des conflits radiculaires ostéophytes.

Le début de ce tableau est habituellement progressif et insidieux. Un début faisant suite à des accidents aigus doit faire envisager une évolution dégénérative après des phénomènes de dérangements intradiscaux. Ce peut être le tableau trompeur d'un dérangement intradiscal permanent prenant le masque d'une insuffisance discale (protrusion ou petite hernie à expression lombalgique pure). Dans l'insuffisance discale le tableau est mécanique, bien calme par repos. Il justifie parfois un dérouillage matinal très bref mais surtout la lombalgie réapparaît après un certain temps de remise en charge discale. Le malade est souvent plus sensible aux stations assises ou debout prolongées qu'à la marche. La douleur est médiane ou en barre. Lors du bilan clinique, la mobilité du rachis reste subnormale, à peine limitée dans ses amplitudes. Si cette limitation existe, elle est harmonieuse, touchant l'ensemble des inclinaisons et de la flexion. Une nette asymétrie dans la mobilité doit faire envisager plutôt un tableau de dérangement mécanique subaigu au sein de l'unité fonctionnelle. Lors de l'insuffisance discale il ne doit pas exister de signes protrusifs ou de signes de conflit radiculaire. .

La pression des épineuses permet souvent de retrouver le niveau lésionnel.

Les radiographies standards doivent toujours être demandées.

Certaines anomalies sont des arguments indirects pour permettre d'envisager la souffrance discale, telle une anomalie transitionnelle qui occasionne le surmenage du disque sus-jacent, des troubles statiques, le spondylolisthésis qui s'accompagne d'une discopathie. La lyse isthmique elle même, chez l'adulte, peut justifier un traitement local par infiltration mais ce diagnostic sort du cadre des lombalgies non spécifiques.

L'insuffisance discale est marquée par un affaissement global et harmonieux du disque intervertébral. Nous rappellerons que les disques lombaires croissent de hauteur entre L1 et

L4-L5. Le dernier disque L5 – S1 est légèrement moins épais que le disque sus-jacent. La présence de signes de dégénérescence inter somatique au niveau de l'unité fonctionnelle sont les témoins indirects de cette insuffisance discale (condensation des plateaux vertébraux, ostéophytose).

L'IRM objectivant la déshydratation du disque définit la souffrance discale précoce.

PATHHOLOGIE DISCALE DE TYPE DERANGEMENT INTRA DISCAL

Ce type évolutif de la souffrance discale est totalement différent du précédent. Il correspond à la migration du nucléus, à sa fragmentation en périphérie vers l'annulus.

Jusqu'à un certain degré lésionnel, la matière discale reste contenue au sein du disque et ne peut au pire que venir pousser sur l'annulus entraînant ainsi des épisodes algiques itératifs. Une protrusion discale plus marquée entraînera les signes cliniques du dérangement intra discal et des signes fonctionnels supplémentaires liés à l'irritation duremérienne au contact de cette protrusion. S'il y a hernie discale, celle-ci est habituellement susceptible d'entraîner, en plus des signes protrusifs et duremériens, un conflit radiculaire. Selon la taille et la situation de cette hernie, le tableau peut rester cependant purement lombalgique (hernie médiane sous ligamentaire). Ces lombalgies peuvent devenir chroniques mais sont habituellement émaillées d'épisodes aigus avec signes protrusifs qui évoluent le diagnostic et au moins au début les différencient bien des lombalgies d'insuffisance discale. Le début de tels épisodes est souvent brutal, déclenché par un mouvement particulier. Quand les épisodes sont itératifs, ce début peut souvent être plus insidieux et la notion d'effort retrouvée uniquement par l'anamnèse les jours précédant la crise.

Le patient se présente souvent avec une attitude antalgique latéralisée ou en cyphose. Cette attitude antalgique peut être retrouvée lors de l'examen sous la forme d'une mobilité disharmonieuse. Une inclinaison peut rester souple, l'autre limitée avec douleur (phénomène de la cassure). Dans la flexion antérieure il peut y avoir une esquive. La douleur peut être médiane ou plus latéralisée.

La pression ou percussion des épineuses peut s'avérer particulièrement douloureuse.

Les signes protrusifs ou duremériens :

L'impulsivité à la toux, à la défécation, à l'éternuement sont le témoin de l'élément protrusif intracanalair. La manœuvre de Lasègue provoquant la douleur spontanée au niveau lombaire sans irradiation a même valeur sémiologique. Elle peut être sensibilisée par la flexion du cou ou la position assise. Le signe de Néri (flexion du cou provoquant une douleur lombaire rappelant la douleur spontanée) est aussi en faveur de cette protrusion.

La présence de signes de conflit radiculaire (douleur spontanée sur un territoire métamérique précis est en faveur à la fois de la protrusion et du contact de cet élément protrusif sur une racine nerveuse. Lors de l'examen clinique on peut provoquer ce trajet douloureux notamment chaque fois que l'on cherche à forcer

l'attitude antalgique. La pression para-vertébrale au niveau du conflit peut réveiller l'irradiation (signe de la Sonnette). Ces douleurs peuvent être tronquées (irradiation incomplète) en pointillé avec plusieurs zones douloureuses sur le trajet métamérique. On précisera pour suivre l'évolution, l'angle de la manœuvre de Lasègue. Lors de l'examen

clinique il convient de chercher des signes sensitifs objectifs, des signes de déficit moteur et qu'il faudra quantifier.

Le bilan radiologique standard

Dans le tableau de dérangement intradiscal les radiographies peuvent être normales.

L'image la plus évocatrice est représentée par le bâillement électif spontané ou provoqué lors de l'étude cinétique du rachis.

L'habitude veut que l'on parle de bâillement, le disque étant ouvert du côté algique, plutôt que de pincement.

Plus tard au cours de l'évolution, si les traitements ont été inefficaces et chaque fois qu'il faut envisager une thérapeutique plus spécifique sur le disque, le praticien

s'appuiera sur une imagerie plus performante (scanner, IRM, discographie et discoscanner, myélographie). Tous ces examens ont des indications très spécifiques car leur possibilité reste limitée. Ils doivent être alors proposés lors de la clinique et dans un but doivent thérapeutique.

SOUFFRANCE LIGAMENTAIRE

Il existe au sein de l'unité fonctionnelle de nombreux ligaments (interépineux, surépineux, ilioluminaire, ligament vertébral commun antérieur et postérieur, ligament et capsule articulaire postérieurs etc). Tous ces ligaments sont susceptibles d'être mis en tension soit lors d'un mouvement forcé (atteinte primitive ligamentaire avec diagnostic d'entorse ou par choc direct) soit par mise en tension lors d'un dérangement profond au niveau de l'unité fonctionnelle (bâillement discal par exemple). On pourrait parler alors de souffrance ligamentaire secondaire. Primitive ou secondaire la souffrance du ligament peut être responsable d'un phénomène

algique qui justifie en soi un traitement symptomatique. Il convient donc d'en faire le bilan clinique.

Mode douloureux aigu

La souffrance ligamentaire peut s'exprimer par une douleur aiguë avec un début brutal lors d'un effort déclenchant souvent de grande amplitude, susceptible de mettre en tension brutalement ce ligament. Certaines zones peuvent être exposées au traumatisme direct (ligament surépineux). En théorie une souffrance ligamentaire isolée ne s'associe pas à des signes cliniques de type protrusif.

Mode douloureux chronique

La souffrance ligamentaire peut être en rapport avec une mise en tension habituelle ou récidivante par troubles statiques organiques (scoliose) ou fonctionnels (attitude cyphotique, lordotique, scoliotique) ou le dérangement d'une unité fonctionnelle. Le début est alors plus insidieux, progressif. La reconnaissance d'une situation mécanique déclenchante permet dans une certaine mesure de prévoir une prévention.

Cliniquement on essaiera d'objectiver cette souffrance ligamentaire par la mise en tension passive du ligament dans des mouvements forcés d'inclinaison, de rotation. Le mouvement inverse doit en théorie supprimer la douleur. La palpation du ligament sur son trajet anatomique est aussi un argument clinique positif. Certains de ces ligaments ont des projections douloureuses qu'il faut connaître car ils prennent le masque de pseudoradiculalgie. Les tests anesthésiques locaux permettent de confirmer l'impression clinique.

Argument radiologique

Les radios en ce qui concerne la pathologie ligamentaire sont habituellement normales. Il peut exister malgré tout des images d'ossification sur les insertions de ces ligaments. Si celles-ci sont importantes il faut rechercher un terrain particulier (diabète, HLA B27 positif)
Les radios standards permettront surtout de rechercher une cause favorisante (trouble statique, bâillement discal).

PATHOLOGIE MUSCULAIRE

Les muscles ont une fonction prépondérante dans la prévention des rachialgies.

Si les longs muscles qui chevauchent plusieurs unités fonctionnelles ont une action essentiellement cinétique pour le rachis, d'autres, plus profondément situés, anatomiquement unitaires au niveau de l'unité fonctionnelle ou pluriunitaires avec des attaches étagées (psoas, carré des lombes) ont une action de protection mécanique de cette unité.

On peut avec une certaine approximation assimiler la colonne vertébrale non pas à un mât avec ses haubans mais à une chaîne dont chaque maillon (chaque unité fonctionnelle) doit être localement contrôlé pour pouvoir être mobilisé en masse sans risque traumatique localisé. Les grands muscles périphériques impriment la cinétique globale du rachis. Les muscles plus profonds conditionnent la protection de chaque unité fonctionnelle pour éviter une mise en position forcée de celle-ci.

Le caisson abdominal contenu par la sangle lombo-abdominale est un élément protecteur efficace car il diminue les pressions intradiscales .

Le rôle de la musculature comme élément de prévention des lombalgies n'est plus à démontrer. Lors d'une atteinte fonctionnelle on retrouve régulièrement une souffrance secondaire réflexe qui peut être responsable d'une grande partie des phénomènes algiques (myalgie liée aux contractures réflexes). Cette dystonie musculaire est aussi l'élément actif de l'attitude antalgique. .

Un véritable cercle vicieux peut s'installer au sein de l'unité fonctionnelle.
Déranagement de l'unité fonctionnelle - contracture musculaire de défense puis réflexe - hyperpression - douleur - aggravation des lésions.

L'installation de ce cercle vicieux justifie la prescription de traitements symptomatiques

Par ailleurs, lors d'efforts violents, sportifs ou professionnels, on a pu constater des atteintes musculaires primitives responsables de rachialgies (contractures, élongations, claquages musculaires).

Ces traumatismes musculaires d'origine intrinsèque sont à rapprocher des accidents musculaires du sportif au niveau des muscles squelettiques périphériques et peuvent être traités de la même façon. Dans l'expérience quotidienne, ces pathologies musculaires primitives sont rares, et il faut plutôt admettre que la souffrance musculaire, souvent accessible facilement à l'examen clinique, n'est que le témoin d'une pathologie plus profonde qu'il faut savoir dépister.

Lors du bilan clinique on insistera essentiellement sur les dystonies musculaires retrouvées en position de charge rachidienne associées parfois à une attitude antalgique retrouvée à la palpation et qui disparaissent en position de détente couchée.

Ces dystonies sont réflexes, support de l'attitude antalgique. Une hypertonie musculaire persistante en décharge du rachis doit faire envisager ou une atteinte musculaire primitive ou selon les circonstances d'installation dans un cercle vicieux qui justifiera un traitement spécifique.

SOUFFRANCE ARTICULAIRE POSTERIEURE

Les souffrances et dérangements inter apophysaires postérieurs peuvent être primitifs (entorse, dérangement interapophysaires postérieurs peuvent être primitifs (entorse, dérangement avec « micro bloquage ») ou secondaires liés à une mise en tension ou une convergence lors d'une atteinte plus profonde de l'unité fonctionnelle rachidienne (dérangement infra discal).

Les troubles statiques favorisent ces atteintes particulières des articulaires postérieures soit dans le plan frontal soit dans le plan sagittal.

La souffrance d'une articulaire postérieure peut être responsable d'un conflit avec la branche postérieure du nerf rachidien au niveau de la charnière dorso-lombaire. Ce nerf rachidien innervant la région lombaire basse explique les lombalgies d'origine haute (D10-D12).(Syndrome décrit par Maigne).

Mode douloureux aigu

La souffrance des articulaires postérieures peut assez souvent prendre un mode d'expression aigu ou subaigu avec un début brutal. Le type d'effort déclenchant est souvent un geste en flexion / inclinaison / rotation entraînant la notion pour le patient à un dérangement immédiat.

Mode douloureux chronique.

Dans d'autres cas le début est progressif, insidieux, il peut faire suite à un épisode aigu ou à un facteur déclenchant profond (accident discal). On s'intéressera au mode de déclenchement dans un but prophylactique.

Le patient est souvent soulagé par une attitude antalgique qui entraîne la divergence de l'articulaire postérieure, responsable. Lors du bilan clinique on trouve habituellement une douleur latéralisée, retrouvée à la pression manuelle. Elle peut entraîner des douleurs référées à distance. Habituellement et notamment pour les épisodes subaigus, le rachis est limité d'une façon disharmonieuse. Certains mouvements sont libres d'autres « bloqués par la douleur et une attitude antalgique irréversible. Il n'y a pas habituellement de signes protrusifs ou durementiers chez ces patients.

Bilan radiologique

On peut sur les clichés standards retrouver des facteurs favorisants tels les troubles statiques. Au niveau des articulaires postérieures elles-mêmes, on peut noter une dégénérescence (arthrose interapophysaire postérieure = AIAP) ou une malformation.

En réalité, le diagnostic clinique ne reste habituellement qu'une approximation et la certitude de la souffrance ne peut être apportée que par un bloc test pratiqué, sous ampli de brillance (arthrographie et injection d'un anesthésique faisant disparaître le symptôme douloureux). Ce bilan est nécessaire à chaque fois qu'un traitement spécifique est proposé (injection de corticoïdes, rhizolyse).