

ED 1 Rhumatologie - Rachis

CAS 1 : lumbago

H 35 ans, lombalgies

UGD diagnostiqué il y a 2 semaines => IPP

Ouvrier dans le bâtiment, ce matin douleur dans le bas du dos apparue brutalement

Hypothèses:

- lumbago ou lombalgie aiguë commune (différent de symptomatique) : terrain homme jeune, argument de fréquence, effort de soulèvement

Interrogatoire et examen clinique:

- épisode similaire antérieur?
- radiculalgie associée?
- signes de gravité : troubles sphinctériens, anesthésie en selle, déficit moteur (3/5)
- DD : infectieux, tumoral (horaire inflammatoire), douleur projetée (ulcère), fracture vertébrale (rechercher un traumatisme, facteurs de risque d'ostéoporose)
- ici si horaire inflammatoire, comme homme jeune => rechercher spondylarthrite ankylosante (ATCD uvéite..)
- reproduction de la douleur à la palpation
- **test de Shöber** : repère au niveau de L4-L5 puis 10 cm au dessus, et mesurer la nouvelle distance quand doigts-sol

Drapeaux rouges = cause symptomatiques

- âge < 20 ans ou > 55 ans
- ATCD traumatisme violent
- ATCD médicaux tumeur
- AEG, fièvre
- toxicomanie, ID, VIH
- douleur constante, progressive, non mécanique
- douleur dorsale
- utilisation prolongée de corticoïdes (ostéoporose et infections)
- symptômes neurologiques étendus
- déformation rachidienne

Confirmer l'origine commune:

- impulsivité, horaire mécanique, raideur rachidienne, inflexions latérales dysharmonieuses, recherche d'une cassure
- a eu ATCD rachialgies
- homme 30-40 ans

Besoin d'aucun examen complémentaire

CAT

- antalgiques palier 1 ou 2
- **CI AINS car a un ulcère !!!!**
- ceinture lombaire
- pas d'hospitalisation
- **myorelaxant** : **Valium** (attention somnolence)
- pas de repos au lit strict, continuer activité physique, sinon favorise la chronicisation des douleurs
- AT : il a 24 h pour prévenir son employeur, pas d'avance de frais et prise en charge à 100%

CAS 2 : lombosciatique L5

H 50 ans

Douleur lombaire irradiant à la face latérale de cuisse et jambe puis sur le dos du pied gauche

AIT il y a 5 ans

3 épisodes identiques tous résolutifs par traitement médical

Cet épisode a débuté depuis 3 jours suite à mouvement de rotation brutale alors qu'il se rendait sur son lieu de travail. Il a d'abord eu mal en lombaire puis douleur MID.

Ne le réveille pas la nuit mais est gêné dans la vie de tous les jours.

Douleur augmente quand éternue ou va à la selle

Hyp

=> Lombosciatique aiguë L5 gauche

Causes symptomatiques (drapeaux rouges) ou mécaniques (discale ; étirement plexique ; articulaire post)

En faveur d'une hernie discale

- caractère unilatéral
- **signe du caddie** (en faveur d'un CL rétréci) : patient à mal au jambes quand marche et c'est amélioré si se penche en avant
- **signe de Lasègue**

Pas limitation du périmètre de marche

Interrogatoire et EC

- aggravation douleur à l'éternuement ou la selle
- rechercher causes faisant suspecter une cause symptomatique
- **signe de la sonnette** (douleur reproduite à la palpation paravertébrale)

Radio et IRM => pincement L4-L5

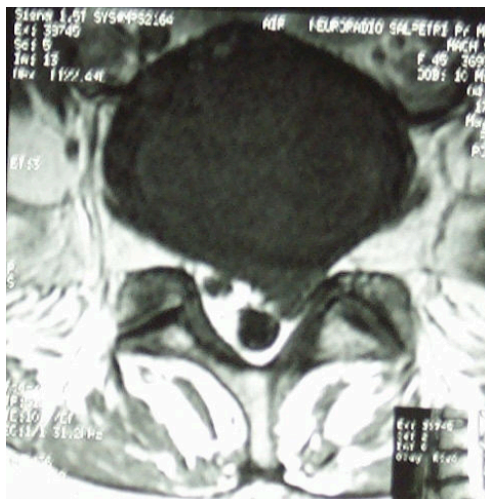
On regarde par rapport à la dernière côte = T12

Ici pas de fracture de vertébrale

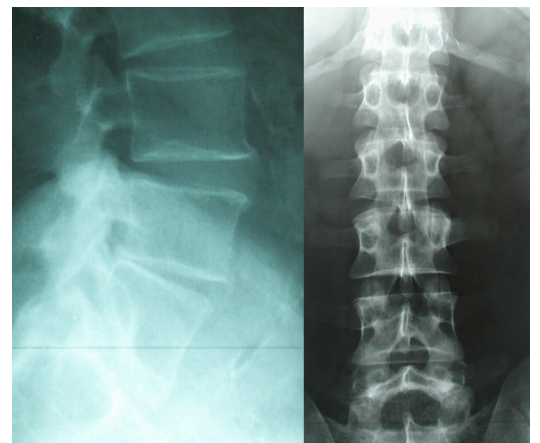
Statique correcte = pas de listhésis, pas de décalage des vertèbres

Infiltrations

- peut donner un hématome : faire bilan d'hémostase, vérifier qu'il n'y a pas d'infection autour, pas de prise d'AAP, d'anticoagulants
- peut toucher nerf



Séquence T2 car LCR
noir
Hernie paramédiane
gauche



CAS 3 : Claudication

H 76 ans

Douleur mollets survenant à la marche évoluant depuis 3 ans et aggravées récemment

ATCD IDM, hypercholestérolémie traitée par TAHOR, FA lente non réduite et traitée par AVJ, HBP

Lombalgique depuis des années, a travaillé depuis l'âge de 16 ans dans le bâtiment

Doleurs reviennent au bout de 100 m
TT = Préviscan, Tahor, Omix, Dafalgan, coversyl

Hyp

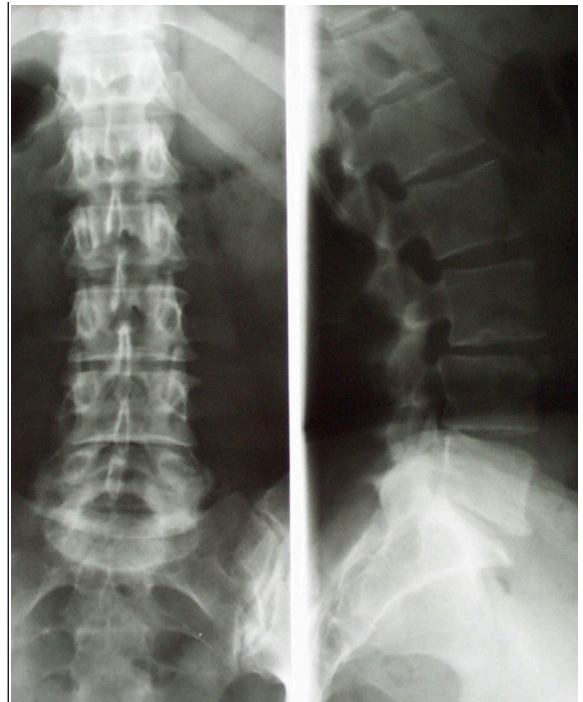
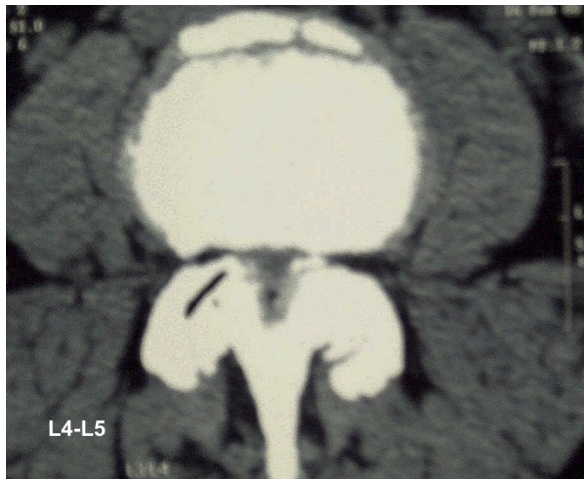
=> claudication

- **vasculaire** : rechercher les pouls, extrémités froides, crampes, ulcères artériels (peau froide, dépilation), terrain vasculaire, douleur disparaît rapidement à l'arrêt, rechercher souffle sur les trajets vasculaires
- **neurologique, radiculaire** (CL rétréci) : douleur disparaît en plus de temps à l'arrêt, chercher signe du caddie, pas d'irritation pyramidale (car au dessous de la queue de cheval, au contraire on peut avoir abolition de certains réflexes)
- **médullaire** : faiblesse survient au bout d'un certain périmètre de marche et disparaît à l'arrêt. Peut ne pas être pyramidal à l'arrêt mais si on le fait marcher il devient pyramidal

Ramène un doppler artériel qui est normal => on élimine vasculaire

EC

- IRM rachis lombaire
- mais avant radios



Radio : Antélisthésis de L3 sur L4

Séquelles de maladie de Scheuermann (petites hernies intra spongieuses) = hernies entre les vertèbres qui se développent à l'adolescence.

Épineuses alignées

Ostéophytes latéraux gauches L3-L4

Scanner : signes d'atteinte dégénérative (arthrose) au niveau de l'articulaire postérieure (le petit trait noir), ostéophytes en avant, qui participent au CLR

EC : déficit moteur à 4/5 des péronniers latéraux et du releveur du GO à gauche

Racine L5

=> Claudication radiculaire bilatérale déficitaire L5 gauche sur canal lombaire rétréci

Traitement de 1e intention

- kiné en délordose et renforcement externe de la loge de la jambe
- antalgiques d'intensité croissante en commençant par palier 1
- CI aux AINS (car tt par AVK, IEC, âge, multiples FDRCV)

2e intention

- infiltrations épidurales après arrêt AVK et relais par hépatite si accord du cardiologue

Indications du traitement chirurgical en urgence

- sd de la queue de cheval
 - déficit moteur < 3/5
- => laminectomie (permet d'ouvrir la place en arrière) +/- arthrodèse si instabilité du rachis

Douleurs se sont aggravées. MT introduit du Skenan LP 40 mg 2/j

Que surveiller?

- RAU
- vigilance
- constipation

Difficultés à uriner depuis la veille

Sd de la queue de cheval:

- L2-L5 et racines sacrées
- paraplégie flasque et hypotonie/aréflexie
- anesthésie des MI
- déficit moteur prédomine en distale par rapport aux muscles proximaux, s'il est incomplet
- peut être dû à un CLR, ou spondylodiscite infectieuse

CAS 4 : névralgie cervico brachiale

H 65 ans

Douleur cervicale irradiant dans MSG depuis 2 semaines

Pas d'ATCD, hormis tabac non sevré 60 PA et bronchite chronique

Interrogatoire et EC

- drapeaux rouges
- rechercher amyotrophie
- horaire bien mécanique
- rechercher adénopathies

=> névralgie cervico brachiale C8-T1

Arguments pour ce diagnostic:

- face interne du bras jusqu'à l'auriculaire et 4 doigts
- abolition du ROT cubito pronateur
- tester les muscles interosseux
- syndrome rachidien

AEG depuis 2 mois avec perte 5 kg

Il y a 3 semaines, strie de sang dans le mouchoir après un effort de toux

Arguments en faveur NCB symptomatique:

- 1er épisode à 65 ans

Scanner à rechercher opacité apex pulmonaire gauche

=> Syndrome de Pancoast Tobias : il manque signe de Claude Bernard Horner homolatéral

Au total association de NCB C8/T1, lyse costale, et sud de CBH ipsilatérale (ptosis, myosis, enophtalmie)