

Comment aborder une douleur rachidienne

PRECISER L'ETIOLOGIE

1. Mécaniques
2. Inflammatoires
3. Osseuses a) Ostéoporose b) Pathologies malignes
4. Viscérales
5. Liées au terrain

LES DIFFERENTS TRAITEMENTS

1. Les conseils ergonomiques
2. Le repos strict
3. Les orthèses
4. Les A.I.N.S
5. Les corticoïdes
6. Les myorelaxants
7. Les antalgiques
8. Les antidépresseurs
9. La mésothérapie
10. Les infiltrations
11. L'ostéopathie médicale
12. La kinésithérapie
13. La chirurgie

COMMENT ABORDER UNE DOULEUR RACHIDIENNE

Il s'agit en tout premier lieu de préciser l'étiologie des symptômes rachidiens, c'est l'interrogatoire et l'examen clinique qui permettent de déterminer le type de pathologie présentée par le patient.

PRECISER L'ETIOLOGIE

1. Pathologies mécaniques

A. Quelques mots de la physiopathologie du dysfonctionnement vertébral mécanique.

Cette physiopathologie n'est pas parfaitement connue. Le dysfonctionnement est une réaction de défense qui naît d'une lésion anatomique, traumatique ou dégénérative : plaie discale, ligament lésé au cours d'une entorse cervicale, compression d'une racine par hernie discale...

Dans tous les cas, le dysfonctionnement vertébral met en scène deux types de réactions de la part de l'organisme, une réaction inflammatoire et un ensemble de contractures

Comment aborder une douleur rachidienne

Dr J.C NINET _ Rhumatologie _Grenoble _ Isère _ France

Collaboration Labo : AVENTIS _ Daniel JARRAND.

musculaires localisées ou à distance que l'on peut appeler dérangement intervertébral mineur ou « blocage ».

- La réaction inflammatoire :

Vasodilatation locale. Afflux de cellules. Libération des médiateurs chimiques.

- Dérangement intervertébral mineur (Maigne).

Le « déplacement » dont on parle traditionnellement n'en existe pas. Il s'agit en fait des contractures musculaires déclenchées par la détection d'une lésion rachidienne par les centres de régulation proprioceptive médullaires. Au niveau du disque, c'est le nerf du sinus vertébral de LUCHKA (responsable du tonus musculaire en fonction des positions du rachis) qui apporte l'information nociceptive à la moelle. Il signale la topographie de la lésion et ordonne aux muscles para vertébraux de limiter telle rotation, telle latéroflexion ou telle flexion, afin d'éviter l'aggravation de la lésion par le mouvement. Il n'existe donc pas de véritable « déplacement » dans le D.I.M. mais une réaction banale et normale de défense musculaire, un peu similaire à la réaction inflammatoire, elle-même banale.

B. L'interrogatoire :

Quelques questions sont incontournables avant tout examen clinique de manière à confirmer l'origine mécanique.

La douleur nocturne doit être systématiquement recherchée : un malade qui souffre la nuit est suspect d'être atteint une pathologie non mécanique. Encore faut-il être certain que la douleur n'est pas provoquée par certaines positions ou au cours des changements de position, car dans ce cas le diagnostic s'oriente plutôt vers une pathologie mécanique. Une affection qui ne fait pas souffrir la nuit, qui est calmée par le repos, aggravé par l'effort a de forte chance d'être d'origine mécanique.

C. L'examen :

Il est fondamental. Il permet de savoir si le dysfonctionnement relève d'une manipulation vertébrale. Il consiste à examiner le rachis dans tous les sens de mobilité afin de détecter les sens libres et non douloureux. L'existence de ceux-ci autorise les manipulations, leurs absences en contre-indique l'usage. Il convient également de rechercher des contractures très localisées dans les zones paravertébrales. Leur unilatéralité confirme l'indication des manipulations vertébrales. Leur niveau sur le rachis doit correspondre à celui constaté lors des tests de mobilités.

L'ensemble de cet examen est complexe et réclame de l'expérience mais il permet au rhumatologue de localiser les niveaux de dysfonctionnement et de leur appliquer un traitement en ostéopathie médicale, efficace et sans danger.

2. Pathologies inflammatoires

Elles sont plus rares et ne comportent aucun contingent mécanique. Devant une douleur rachidienne, une question s'impose : « Est-ce que vous souffrez entre trois et six heures du matin ? »

Cet horaire douloureux est l'apanage des rhumatismes axiaux dont la douleur est très souvent nocturne, en particulier au début, et qui s'expriment dans le contexte de la présence d'un antigène d'histocompatibilité B27 :

- La pelvispondylite rhumatismale (PSR) ou spondylarthrite ankylosante.
- Le syndrome de Fissinger Leroy Reiter.
- Le rhumatisme psoriasique.

Comment aborder une douleur rachidienne

Dr J.C NINET _ Rhumatologie _Grenoble _ Isère _ France

Collaboration Labo : AVENTIS _ Daniel JARRAND.

Il faut bien distinguer cet horaire des douleurs au lever ou en début de nuit qui relèvent plutôt d'une pathologie mécanique.

Afin d'éviter tout retard thérapeutique, il est inutile d'attendre le tableau clinique complet associant sacro-iliite radiologique, syndesmophite, etc pour demander un typage HLA.

Il faut savoir qu'aujourd'hui, les anti-TNF alpha ont reçu l'A.M.M. dans l'indication du traitement des spondylarthrites graves. Ces nouveaux traitements sont nettement plus efficaces que la Salazopyrine. Pour mémoire, les anti-TNF alpha sont utilisés depuis quelques années dans la polyarthrite rhumatoïde et en ont révolutionné la prise en charge.

3. Pathologies osseuses

A. Ostéoporose.

Le patient présentant un tassement vertébral ostéoporotique souffre beaucoup plus le jour que la nuit et la position allongée calme sa douleur. Il s'agit d'un horaire douloureux mécanique plutôt violent. Les clichés radiographiques sont indispensables au diagnostic.

Il faut avoir le réflexe de mesurer tous les 6 mois ou annuellement les patientes âgées car lors d'un épisode douloureux, une perte de taille de 2 à 3 cm doit conduire à pratiquer les clichés.

B. Pathologies malignes.

Cliniquement, l'examen des mobilités dans les pathologies malignes ne montre pas de limitation majeure alors que les douleurs sont très fortes. Si une limitation existe, elle est le plus souvent bilatérale.

Il faut distinguer deux grandes pathologies : le myélome et le cancer métastatique.

- Le myélome.

Il se manifeste par des douleurs permanentes, intenses, non calmées par les antalgiques ou le repos. L'électrophorèse est indispensable. La recherche associée d'une protéinurie de Bence Jones permet d'éliminer un myélome à chaînes légères.

- Le cancer métastatique.

Les douleurs évoluent selon le même horaire que celles du myélome mais sont souvent moins diffuses. Les clichés radiologiques du rachis, complété par une scintigraphie, permettent de préciser le diagnostic

4. Pathologies viscérales.

Elles doivent être évoquées s'il n'existe pas de signe rachidien à la palpation ou à la mobilisation.

Cette règle comporte beaucoup d'exceptions car comme dans le cas des pathologies malignes, une pathologie rachidienne mécanique, (lombalgie banale, cervicalgies banales...) et une pathologie viscérale peuvent coexister. L'élément clé du diagnostic devient alors l'inefficacité thérapeutique qui doit conduire à remettre en cause le diagnostic de simple affection mécanique. Un examen précis du rachis est indispensable pour apprécier la cohérence topographique entre les signes présentés et les doléances du patient.

Les pathologies viscérales sont multiples :

Reflux gastro-oesophagien, oesophagites douloureuses donnant des douleurs médio-dorsales.

Pathologies gastriques, duodénales, rénales, intestinales, pancréatiques donnant classiquement des douleurs latéro-rachidiennes.

Pathologies coronariennes qui peuvent donner des dorsalgies aggravées par la marche en particulier en montée.

5. Pathologies liées au terrain.

Le « c'est nerveux », « c'est dans la tête » n'est pas du goût de notre expert. Il préfère la théorie du Docteur Laurent, neurophysiologiste de Saint-Étienne, (maintenant bien répandue) qui consiste mettre les polyalgies rachidiennes fonctionnelles sur le compte d'une baisse du seuil douloureux vertébral. C'est aussi l'explication retenue dans le concept nosologique de fibromyalgie.

Un mécanisme neurophysiologique veut que lorsque qu'un individu est fatigué, dépressif ou exposé au froid, le seuil douloureux vertébral s'abaisse. En d'autres termes, les informations douloureuses qui montent par les voies centrales de la douleur vers le cerveau sont transmises plus facilement, sans filtration. A l'opposé, un individu en pleine forme et exposé à une température plus clémente ressent peu ses douleurs.

Les deux signes fondamentaux à l'interrogatoire sont une asthénie matinale et une grande diffusion des douleurs.

L'examen ne montre pas de limitation des mobilités rachidienne ou parfois au contraire une limitation diffuse sans sens libre.

Bien que deux ou trois lésions mécaniques sur le rachis puissent produire une diffusion des douleurs du fait des contractures, une souffrance s'étalant du coccyx au sommet du crâne doit faire rechercher l'étiologie fonctionnelle. La fatigue, la dépression, l'exposition au stress doivent être recherchées.

Les traitements rhumatologiques sont totalement inefficaces dans ce type de pathologie. Le médicament anti-dépresseur est le traitement de choix en tenant compte de toutes les précautions d'usage car il augmente la recapture des neurotransmetteurs synaptiques médullaires, potentialisant ainsi la capacité des voies centrales à filtrer les douleurs.

LES DIFFERENTS TRAITEMENTS

1. Les conseils ergonomiques.

Ils sont fondamentaux en particulier dans la lombalgie.

Il y aurait infiniment moins de rechutes si ces conseils étaient systématiquement délivrés. Il est parfois indispensable de passer cinq minutes avec le patient pour le lui expliquer et l'en convaincre.

L'augmentation importante des pressions intradiscales au niveau de la charnière lombo-sacrée dans bon nombre de gestes de la vie quotidienne fait le lit des récurrences de lombalgie.

La pression intradiscale dans les deux disques lombo-sacrés est de 1 bar (1 kilo par centimètre carré) lorsque l'on est couché. Elle passe à 2,5 kilos en procubitus. Elle augmente jusqu'à quatre kilos par centimètre carré en position assise en particulier chez les personnes ayant des chaînes musculaires très rétractées. Cela explique que les lombalgiques souffrent en position assise et sont mieux debout. (Signe de souffrance discale).

En flexion antérieure de quelques degrés, (20° : ramasser un verre sur une table) la pression devient rapidement très forte par effet de charnière (Un peu comme la pression subie lorsqu'on met le doigt dans la charnière d'une porte) : 12 kilos par centimètre carré...

La prévention contre ce microtraumatisme répétitif est de plier systématiquement ses genoux pour ramasser un objet qu'il soit léger ou non, au sol, sur une table ou sur une chaise.

Lorsque l'on arrive à donner à un lombalgique chronique en échec thérapeutique le réflexe de garder le corps vertical en toute circonstance, il finit le plus souvent par guérir car son disque cicatrise et n'est plus douloureux.

2. Le repos strict

Il est rarement observé correctement. Les sujets atteints de lombalgie ou de sciatique n'arrivent pas à respecter le repos et se relèvent pour manger à table. Ce type de repos est insuffisant car l'ébauche de cicatrisation de l'anneau fibreux discal obtenue par la demi-journée passée allongé est annulée par l'augmentation de pression discale subie par le disque lors de la position assise au cours du repas.

Il faut donc faire manger au lit les malades atteints d'une lombalgie aiguë ou une névralgie sciatique par hernie discale. Il doivent se restaurer en décubitus latéral en s'interdisant la position demi-assise. Le malade a le droit d'aller aux toilettes mais ne doit pas s'attarder et n'a pas l'autorisation de se pencher en avant. Les perfusions sont parfois un bon moyen de conforter l'observance stricte de ce repos.

Cette attitude drastique est le seul moyen d'aboutir à une cicatrisation efficace du disque.

3. Les orthèses

Elles doivent être utilisées, sans hésitation, lorsque les problèmes sont majeurs.

En matière de ceinture lombaire, la Lombacross qui était la meilleure ceinture du marché vient d'être tout récemment remodelée de façon désastreuse par la société Thuasne qui la fabrique. L'imitation de l'ancienne Lombacross réalisée par la société Ormilh paraît aujourd'hui bien préférable.

Les colliers cervicaux de la gamme Gibaud Ortho est également intéressante. (C3 ou C4 avec appui mentonnier)

Une petite précision : notre expert n'est pas favorable au type C2 dans l'entorse cervicale car la simple mousse qui le compose ne permet pas d'obtenir une immobilisation suffisante. Il faut lui préférer l'immobilisation avec un type C3 ou C4 plus rigide ou dans les cas simples, un type C2 renforcé.

4. Les A.I.N.S

Ils sont bien connus. On rappelle ici d'éviter les A.I.N.S à longue durée de vie chez la personne âgée.

5. Les corticoïdes

Sans vouloir blâmer certains laboratoires, il en est qui conseillent de les utiliser dans le torticolis ou les cervicalgies aiguës à doses dégressives sur dix jours.

Notre expert pense que l'infiltration de corticoïde retard de l'articulaire postérieure sur l'étage en cause est beaucoup plus rapidement efficace qu'une corticothérapie générale courte et permet d'utiliser des doses considérablement inférieures.

6. Les myorelaxants

Entre le Thiocolchicoside qui donne la diarrhée et Tétrazepam qui crée des somnolences, notre expert préfère le Tétrazepam le soir en traitement ambulatoire car le patient rachialgique a besoin de conserver un certain tonus musculaire dans la journée...

7. Les antalgiques

Peu de choses à en dire sinon qu'il faut se méfier des patients qui se « dopent » en prenant des antalgiques ou des anti-inflammatoires pour aller faire des efforts et n'ont plus le signal d'alarme de la douleur. Il faut mettre ces gens au repos.

8. Les antidépresseurs

Sont efficaces dans les rachialgies liées au terrain.(Voir supra)

9. La mésothérapie

Elle peut être utilisée sans restriction.

La procaine agit bien sur les mécanorécepteurs (récepteurs superficiels cutanés, le fuseau neuromusculaire...) et parvient à rompre le cercle vicieux de la contracture qui a un rôle de défense au départ mais qui se pérennise ensuite de façon inutile dans la pathologie mécanique du rachis.

Elle a certaines indications précises, lorsque existent beaucoup de signes postérieurs, non pas dans la pathologie mécanique à fort contingent inflammatoire mais plutôt dans celle à fort contingent mécanique postérieur. (Syndrome cellullo-teno-myalgique de Maigne)

10. Les infiltrations

Jouent un rôle anti-inflammatoire local et régional puissant sur le rachis. Leurs effets débordent largement du point d'injection, puisqu'on a quasiment le même résultat que l'on infiltre avec ou sans amplificateur de brillance.

On peut infiltrer les articulaires postérieures, l'émergence des racines, l'espace épidural ou l'espace interépineux.

11. L'ostéopathie médicale

L'action de la manœuvre ostéopathique est assez proche de celle de l'infiltration de l'articulation interapophysaire postérieure car la manipulation vertébrale consiste à décoapter cette articulation. Effet biochimique d'un côté et mécanique de l'autre.

Comme la manipulation vertébrale écarte l'articulation (produisant ainsi le claquement caractéristique de la décoaptation) l'infiltration stimule les mécanorécepteurs de type 4 qui sont les récepteurs les plus puissants pour faire céder le réflexe mécanique de blocage du dysfonctionnement vertébral.

L'infiltration comme la manipulation donnent de bons résultats mais, bizarrement, pas toujours avec la même efficacité chez un même malade. On dispose donc de tout un arsenal thérapeutique entre mésothérapie, manipulations vertébrales (ostéopathie médicale) et infiltrations, pour agir sur ce fameux contingent mécanique.

12. La kinésithérapie

Il est malheureusement fréquent de ne pas obtenir ce qui a été prescrit en kinésithérapie. Certain auxiliaires médicaux se livrent à des manipulations vertébrales intempestives parfois nocives.

Il arrive d'autre part que le malade déjà anxieux soit inquiété à tort par le kinésithérapeute.

Comment aborder une douleur rachidienne

Dr J.C NINET _ Rhumatologie _Grenoble _ Isère _ France

Collaboration Labo : AVENTIS _ Daniel JARRAND.

Il est donc toujours préférable de travailler avec des professionnels que l'on connaît, qui se limitent aux thérapeutiques classiques et qui n'hésitent pas à téléphoner au médecin en cas de problème.

13. La chirurgie

En vingt ans de carrière, notre expert a pu constater qu'une colonne opérée évolue de façon moins favorable à long terme que celle qui a bénéficié d'une guérison médicale classique.

Sa conviction : tout faire pour éviter la chirurgie... Une exception de taille : le déficit moteur important qui engage le pronostic fonctionnel de façon définitive. Il s'agit là d'une indication chirurgicale le plus souvent urgente.

Les indications dans la névralgie cervico-brachiale sont encore moins nombreuses que celles de la névralgie sciatique. Là aussi, on mettra tout en œuvre pour être le plus rapidement efficace pour que le patient puisse supporter d'attendre une guérison médicale.

Porte-à-faux articulaires postérieurs, fibrose, une augmentation des contraintes sur les disques sous et sus-jacents sont les aléas post-chirurgicaux les plus classiques à cinq ans.

A dix ans, les ennuis les plus fréquents sont les douleurs des articulaires postérieures et la survenue d'une hernie discale sur l'étage sus ou sous-jacent.

Les bons chirurgiens du rachis sont d'ailleurs assez restrictifs dans leurs indications...