

Dr SAGET Mathieu,
Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis - Centre Hospitalier de Rochefort

La **lombalgie** est un problème de santé publique majeur. 60 à 70% des adultes ont souffert ou souffriront un jour du « *mal de dos* ». L'incidence annuelle des lombalgies se situe entre 5 à 10% de la population générale adulte française. Elle serait responsable chaque année d'environ 15 millions de journées d'arrêt de travail et de 13% des accidents de travail. Elle constitue la troisième cause d'entrée en invalidité.

► DÉFINITION

On distingue la **lombalgie aiguë (≤ 3mois) ou lumbago** qui est une douleur lombaire basse d'apparition brutale à l'occasion d'un effort avec sensation de blocage à l'origine d'une impotence fonctionnelle majeure. Cette douleur est soulagée par la mise au repos. Le traitement est médical (antalgiques, anti-inflammatoires, physiothérapie, ceinture lombaire). L'HAS ne recommande aucun examen complémentaire dans les 7 premières semaines d'évolution.

La **lombalgie chronique** traduit la persistance des douleurs **au-delà de 3mois** malgré le traitement médical. On distingue la lombalgie secondaire de la lombalgie commune. La lombalgie secondaire est symptomatique d'une pathologie infectieuse, traumatique, tumorale ou inflammatoire. La lombalgie commune est liée à des phénomènes microtraumatiques ou des troubles posturaux souvent associés à des phénomènes d'arthrose. L'examen clinique permet de différencier les douleurs par atteinte des disques intervertébraux, des douleurs facettaires liées à de l'arthrose au niveau des massifs articulaires postérieurs.

► QUELS SONT LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES ?

- » Les radiographies du rachis lombaire sont systématiques et permettent d'objectiver des atteintes du disque intervertébral ou des déformations de la colonne vertébrale (scoliose, spondylolisthésis..). Des clichés dynamiques en flexion/extension voire inclinaison latérale (Bendings) sont parfois demandés pour apprécier la mobilité des déformations rachidiennes. Dans certains cas on propose la réalisation de clichés du rachis entier sur grande cassette et de plus en plus l'imagerie EOS. A partir de cela on

mesure l'équilibre global de la colonne vertébrale, les paramètres pelviens et rachidiens du patient, tout en limitant les doses d'irradiation.

- » L'IRM est l'examen clé puisqu'il permet le diagnostic de discopathies. Il renseigne également sur l'association avec un éventuel canal lombaire étroit ou une hernie discale.
- » Le scanner permet de mieux préciser une lyse isthmique, une sténose foraminale et une hypertrophie des massifs articulaires postérieures (arthrose facettaire).
- » La discographie comme test diagnostic est de plus en plus abandonnée.

► QUELLE EST LA PLACE DU TRAITEMENT MÉDICAL ?

Sa place est primordiale et il doit rester le seul traitement dans la grande majorité des cas. Il est au mieux coordonné par un rhumatologue ou un médecin rééducateur.

Dans tous les cas il est conseillé des mesures de diététiques en cas de surcharge pondérale.

En cas de douleur liée à une altération des massifs articulaires, les thérapeutiques efficaces sont :

- » les antalgiques et AINS,
- » les infiltrations articulaires postérieures voire la thermocoagulation facettaire,
- » la physiothérapie, la balnéothérapie,
- » la mésothérapie,
- » les cures thermales.

En cas de douleur par atteinte des disques intervertébraux, les thérapeutiques efficaces sont :

- » les antalgiques et AINS,
- » les immobilisations par corset ou ceinture lombaire amovible,
- » la kinésithérapie de reconditionnement musculaire associant un travail d'assouplissements, d'étirements sous-pelviens, de renforcement musculaire dorso-abdominal et de posture.

Dans certains cas une prise en charge en centre de rééducation peut être proposée avec une approche globale à la fois rééducative mais également en ergothérapie avec apprentissage de la gestuelle, mais également psychologique et sociale.

► QUELLE EST LA PLACE DE LA CHIRURGIE ?

La prise en charge chirurgicale doit rester exceptionnelle. La décision doit être prise de manière multidisciplinaire et la sélection des patients éligible doit être stricte afin d'obtenir de bons résultats.

La chirurgie peut apporter une amélioration chez les patients souffrant de douleurs discales. En aucun cas un geste chirurgical ne sera proposé chez un patient souffrant de douleurs articulaires postérieures.

Trois conditions sont nécessaires :

- » une bonne corrélation radio-clinique,
- » un échec du traitement médical bien conduit,
- » un retentissement majeur dans les activités professionnelles ou de la vie quotidienne.

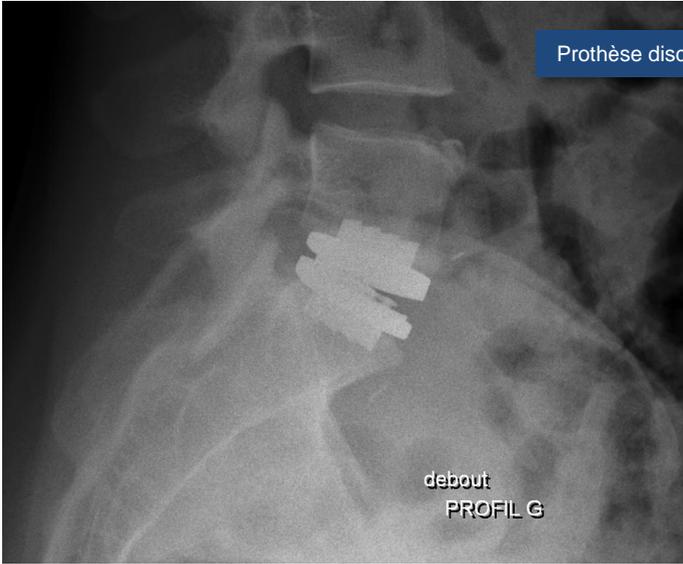
Plusieurs options thérapeutiques peuvent être proposées à l'appréciation du chirurgien

- arthrodèse lombaire antérieure ou postérieure (cf fiche arthrodèse lombaire)
- prothèse discale lombaire (cf fiche prothèse lombaire)



Arthrodèse circonférentielle L5/S1

Prothèse discale L5/S1



debout
PROFIL