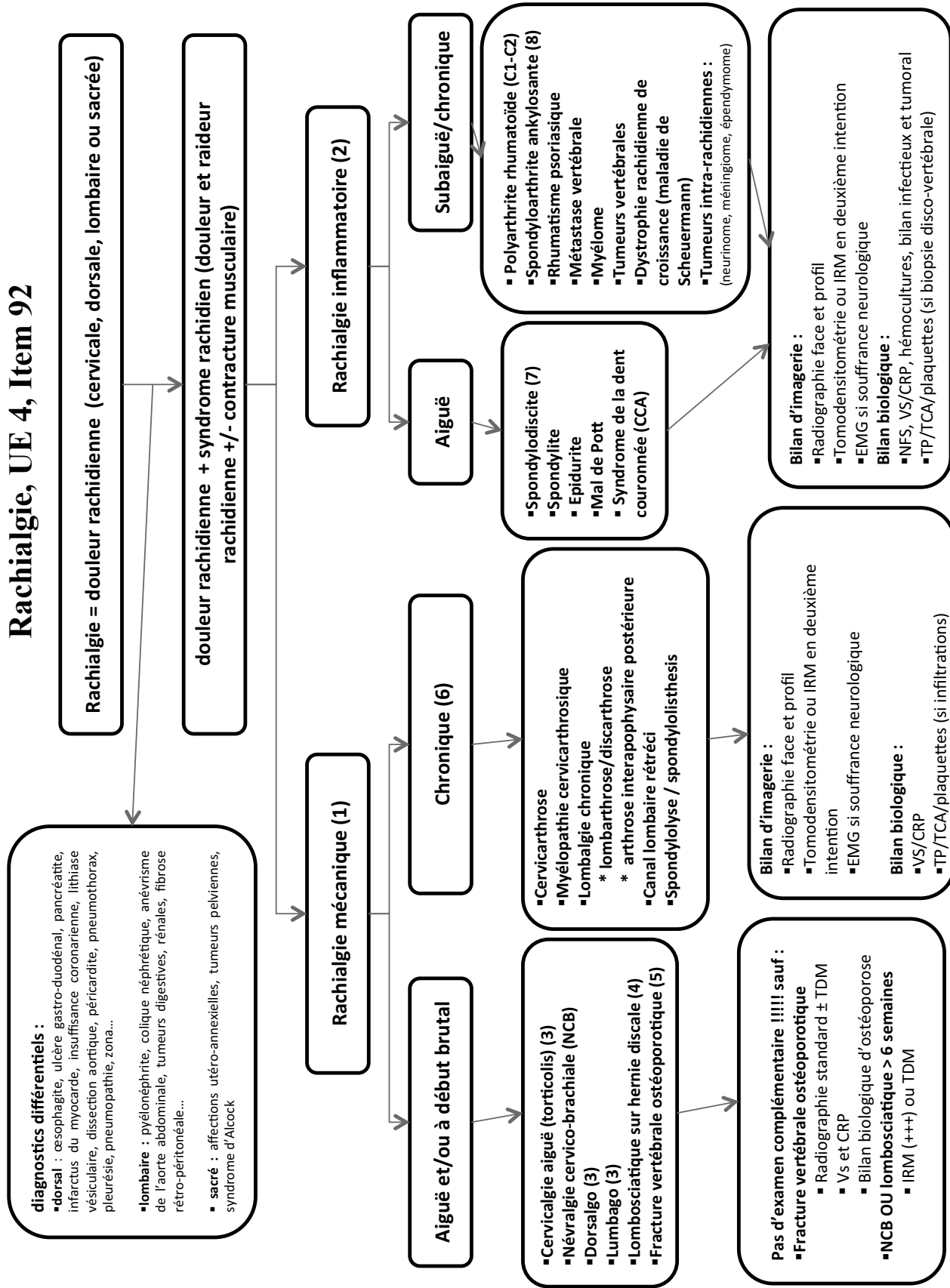


# Rhumatologie

## Rachialgie, UE 4, Item 92



# Rachialgie

- Diagnostiquer une rachialgie.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

↳ **Éléments en lien** : **90** : déficit moteur et/ou sensitif, **91** : compression médullaire non traumatique et syndrome de la queue de cheval, **93** : radiculaire, **107** : troubles de la marche, **118** : principales techniques de rééducation et de réadaptation, **124** : ostéopathies fragilisantes, **125** : arthrose, **132** : thérapeutiques antalgiques, **149** : endocardite infectieuse, **153** : infections ostéo-articulaires, **155** : tuberculose, **173** : prescription et surveillance des anti-infectieux, **193** : spondyloarthrite inflammatoire, **228** : douleur thoracique aiguë et chronique, **267** : douleur abdominales et lombaires aiguës, **304** : tumeurs des os primitives et secondaires, **317** : myélome multiple des os, **326** : prescription et surveillance des classes thérapeutiques les plus courantes (AINS et antalgiques).

Une rachialgie traduit une douleur rachidienne qui peut intéresser le segment cervical, dorsal, lombaire, sacré ou l'ensemble du rachis. C'est un motif de consultation extrêmement fréquent en médecine générale. Même si dans la plupart des cas, il s'agit de rachialgie commune (torticollis, névralgie cervicobrachiale, lumbago, dorsalgo, lombosciatique, cervicarthrose, arthrose lombaire, canal lombaire rétréci...), il faut devant toute rachialgie :

- éliminer un diagnostic différentiel d'origine cardio-thoracique, digestive, pelvienne, génito-urinaire ou cutanée
- confirmer l'origine rachidienne de la douleur en cherchant un syndrome rachidien (douleur à la palpation du rachis + raideur rachidienne + contracture musculaire +/- attitude antalgique)
- repérer les rachialgies symptomatiques, d'horaire inflammatoire, à début insidieux évoluant sur un mode subaigu ou chronique, pouvant s'accompagner de fièvre, d'altération de l'état général, de frissons, d'un syndrome inflammatoire biologique, d'un contexte où il faut se méfier (corticothérapie, antécédent de diabète, de cancer, lymphome, myélome...).

- vérifier l'absence de complications neurologiques (déficit moteur d'un membre, compression médullaire non traumatique, syndrome de la queue de cheval)

**(1)** Une douleur mécanique est améliorée par le repos, aggravée par l'effort, ne réveille pas le malade la nuit de façon spontanée et ne s'accompagne pas de dérouillage matinal.

**(2)** Une douleur inflammatoire est améliorée par les efforts, aggravée par le repos, réveille le malade la nuit de façon spontanée vers 4 ou 5 heures du matin et s'accompagne d'un dérouillage matinal >30 minutes.

**(3)** Le torticollis, le dorsalgo et le lumbago surviennent de façon brutale, souvent déclenchés par un effort. Ils ne nécessitent aucun examen complémentaire puisqu'ils vont se résoudre en quelques jours avec des antalgiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

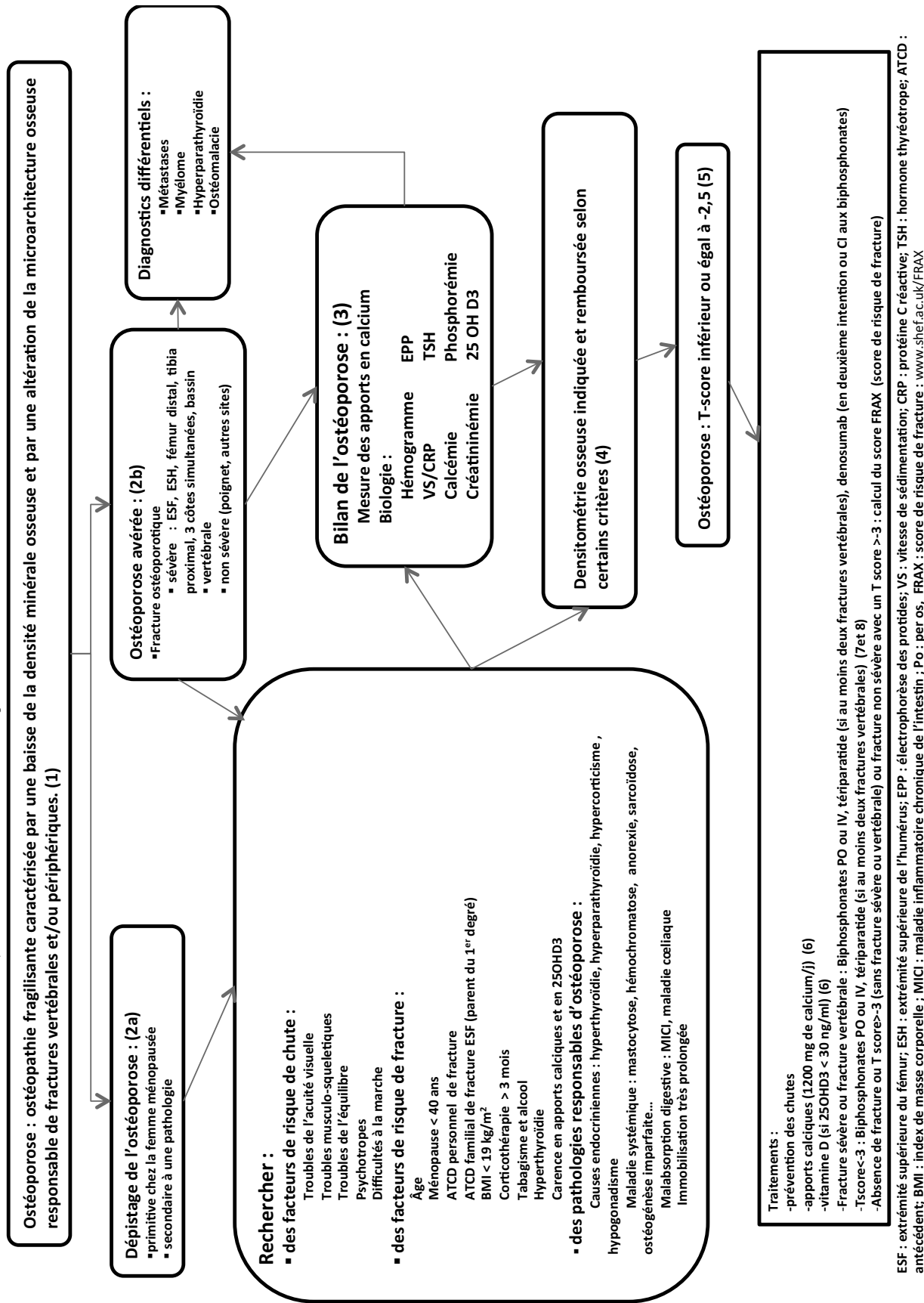
- (4)** La lombosciatique sur hernie discale débute brutalement au cours d'un effort et est souvent impulsive. Elle s'accompagne d'un signe de Lasègue. Un déficit moteur ou un syndrome de la queue de cheval devront systématiquement être recherchés. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire dans les 6 premières semaines puisque 90 % des lombosciatiques se résolvent avec un traitement médical simple (antalgique + anti-inflammatoires non stéroïdiens et sans repos strict (repos compatible avec les douleurs). En cas d'infiltration épидurale ou en cas d'échec du traitement médical bien conduit, un bilan d'imagerie comprenant en première intention des radiographies standards du rachis lombaire (face et profil) et en deuxième intention une IRM rachidienne (ou un scanner rachidien) à la recherche d'une hernie discale médiane paramédiane ou foraminale peut être effectué.
- (5)** Une fracture vertébrale ostéoporotique (en dessous de D6) doit être évoquée chez une femme ménopausée, avec un antécédent fracturaire, des facteurs de risque ostéoporotiques ou de chute. Des radiographies standards et un bilan biologique d'ostéoporse devront être systématiquement effectués. La radiographie standard permettra de distinguer les fractures vertébrales ostéoporotiques des fractures vertébrales métastatiques. Une fracture vertébrale ostéoporotique ne s'accompagne jamais de complications neurologiques. Le traitement de la fracture comprend le repos simple, les antalgiques et le traitement de l'ostéoporse.
- (6)** Les rachialgies mécaniques chroniques requièrent généralement un bilan radiographique du rachis en première intention et une tomodensitométrie (ou un scanner rachidien) en deuxième intention. Le traitement repose sur les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les infiltrations épидurales ou articulaires postérieures.
- (7)** Une spondylodiscite est une infection discale et des deux vertèbres adjacentes. Elle est souvent secondaire à une infection qu'il faudra rechercher (porte d'entrée urinaire, digestive, pulmonaire, cutanée) et survient souvent chez des sujets fragiles (diabète, corticothérapie, déficit immunitaire, dialyse....). En dehors du bilan infectieux (hémocultures, ECBU, radiographie de thorax...), les examens complémentaires comportent souvent des radiographies standards, une IRM rachidienne, une biopsie disco-vertébrale et une échographie trans-œsophagienne en cas de souffle cardiaque. Le traitement repose sur les antibiotiques pendant 6 semaines, un repos strict de durée variable selon l'atteinte et le traitement de la porte d'entrée.

**(8)** La spondyloarthrite doit être évoquée chez un homme jeune présentant une rachialgie inflammatoire, bien soulagée par les AINS, pouvant s'accompagner d'une uvéite, de MICI, de talalgie inflammatoire. Les examens complémentaires comprendront une IRM rachidienne et des sacro-iliaques, un typage HLA B27, une CRP. Le traitement repose en première intention par les AINS puis en cas d'échec ou de contrôle insuffisant de la maladie, et sur un anti-TNF $\alpha$ .

**Référence :**

- [http://www.lecofer.org/index.php?rub=2cycle&ssrub=i tems](http://www.lecofer.org/index.php?rub=2cycle&ssrub=i%20tems)

## UE 5, item 124 : ostéoporose



# Ostéopathies fragilisantes : ostéoporose

- Diagnostiquer une ostéoporose, évaluer le risque fracturaire.
- Argumenter l'attitude thérapeutique devant une ostéoporose et planifier le suivi du patient.

↳ **Éléments en lien** : 92 : rachialgie, 107,128 : troubles de la marche et de l'équilibre, 119 : vieillissement normal, 120 : ménopause, 132 : thérapeutiques antalgiques, 228 : douleurs thoraciques, 267 : douleurs lombaires, 304 : tumeurs des os primitives et secondaires, 317 : myélome multiple des os, 321 : éducation thérapeutique et observance, 326 : prescription et surveillance des classes thérapeutiques les plus courantes (antalgiques), 359 : fractures fréquentes de l'adulte.

L'ostéoporose est une maladie générale osseuse caractérisée par une densité minérale osseuse basse et une altération de la microarchitecture osseuse. La densité minérale osseuse se mesure à l'aide de l'ostéodensitométrie. La microarchitecture osseuse n'est pas évaluable en routine. Cette maladie est longtemps asymptomatique et le devient au cours d'un épisode fracturaire :

- 55-65 ans : fracture de Pouteau-Colles
- 65-75 ans : fracture vertébrale
- 70 ans : fracture du col du fémur

Cette maladie est grave car la survenue de fracture du col du fémur entraîne 25 % de mortalité dans

l'année qui suit cette fracture. La survenue répétée de fractures peut entraîner au niveau du rachis des insuffisances respiratoires. C'est une maladie de la femme ménopausée.

(1) Les fractures des orteils, des doigts, du rachis cervical et du crâne ne sont pas des fractures ostéoporotiques. Une fracture vertébrale au-dessus de D6 n'est pas une fracture ostéoporotique.

(2) La question de l'ostéoporose peut se poser dans deux circonstances :

- Il peut s'agir d'une femme ménopausée qui souhaite savoir si elle a une ostéoporose ou un patient atteint d'une pathologie pouvant induire une ostéoporose secondaire
- Il peut s'agir d'un patient ayant eu récemment une fracture lors d'un traumatisme à basse énergie.

(3) Le bilan biologique est normal dans l'ostéoporose.

(4) La densité minérale osseuse est remboursée selon certains critères.

- Fracture vertébrale
- Antécédent fracturaire périphérique (sauf crâne, orteils, doigts et rachis cervical)
- Corticothérapie (> 7,5 mg/j et plus de 3 mois)
- Pathologie favorisant l'ostéoporose

- Antécédent de fracture de l'ESF chez un parent du 1<sup>er</sup> degré
- BMI < 19 kg/m<sup>2</sup>
- Ménopause avant 40 ans

(5) Le Tscore est mesuré à l'aide de l'ostéodensitométrie. La densité minérale osseuse est mesurée en g/cm<sup>2</sup>. Le T-score est le nombre d'écart-types entre la valeur du sujet et la valeur moyenne des adultes jeunes de même sexe. La définition de l'ostéoporose selon l'OMS est la suivante :

- T-score ≥ -1 : normal
- -1 > T-score > -2.5 : ostéopénie
- T-score ≤ -2.5 : ostéoporose
- T-score ≤ -2,5 et fracture : ostéoporose sévère ou confirmée

(6) Chez un patient ostéoporotique, il faudra corriger la carence en calcium en augmentant les apports alimentaires en calcium et/ou en complétant éventuellement par du calcium (500 mg à 1 200 mg par jour). Il faudra également corriger une carence en vitamine D de façon à obtenir un taux de 25OH D3 sérique supérieure à 75 nmol/l. Cette correction peut être effectuée à l'aide de vitamine D en ampoule de 80 000 ou 100 000 unités internationale. Des apports quotidiens en vitamine D pourront être ajoutés : 800 UI/j.

(7) En cas de fracture sévère (extrémité supérieure du fémur, extrémité supérieure de l'humérus, fémur distal, tibia proximal, bassin, plus de 3 côtes), un traitement par biphosphonates IV pourra être proposé (acide zolédronique une fois par an en intraveineux).

(8) En cas de fracture vertébrale, un traitement par biphosphonates *per os* ou IV peut être proposé (risédronate ou alendronate).

En cas de fracture non sévère (poignets ou autre site) avec un T-score  $\leq -3$ , un traitement par biphosphonates peut être proposé.

La durée d'un traitement par biphosphonate est de 3 à 5 ans. Il faut être vigilant sur l'observance thérapeutique. Les contre-indications des biphosphonates sont l'insuffisance rénale (clairance  $< 35$ ), l'hypocalcémie, les œsophagites. L'état bucco-dentaire doit être satisfaisant et les soins dentaires seront effectués avant de débiter les biphosphonates (risque d'ostéonécrose de la mandibule 1/10 000 patients). Les biphosphonates se prennent une fois par semaine, à jeun, et sont avalés avec un grand verre d'eau du robinet avant le petit-déjeuner qui sera pris 30 minutes plus tard. Durant cette période le patient doit rester assis ou debout. Ces mesures sont faites pour favoriser l'absorption du biphosphonates et éviter les œsophagites.

#### Références

- <http://www.lecofer.org/index.php?rub=2cycle&ssrub=items> (mise à jour en septembre 2015)
- <http://www.grio.org/documents/rcd-9-1352803804.pdf>
- [www.shef.ac.uk/FRAX](http://www.shef.ac.uk/FRAX)