



***Bilan clinique  
d'un premier épisode  
de lombalgie***

***Dr Pierre Dechanxhe***

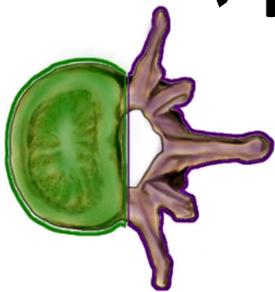
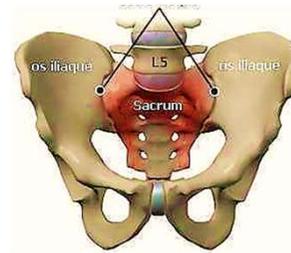
# Objectifs du bilan clinique

Essayer de différencier l'origine du symptôme

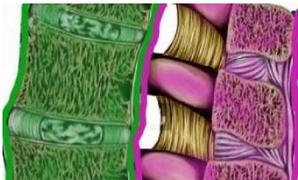
✓ Appareil locomoteur ↔ système viscéral



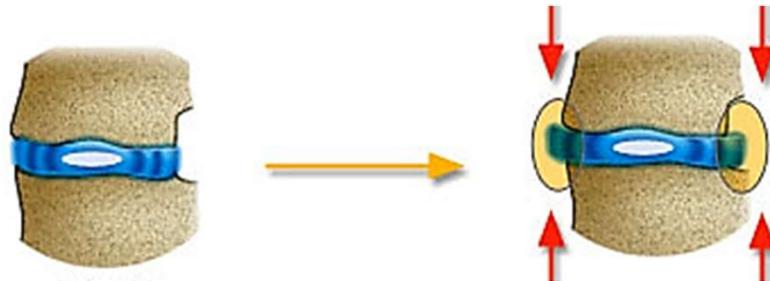
✓ Rachis ↔ Bassin



✓ Colonne antérieure ↔ Colonne postérieure



✓ Discopathie ↔ Discopathie protrusive



# Anamnèse générale

- **Antécédents personnels**
- **Drapeaux rouges**
  - Age > 65 ou < 20
  - Altération état général
  - Pyrexie
  - Amaigrissement
  - Asthénie
  - Antécédent cancéreux
  - D+ permanente, réveil nocturne
  - Pas de réponse aux antalgiques
  - Fracture tassement spontanée
  - T.V.P. récente
  - Prise de sang : VS augmentée

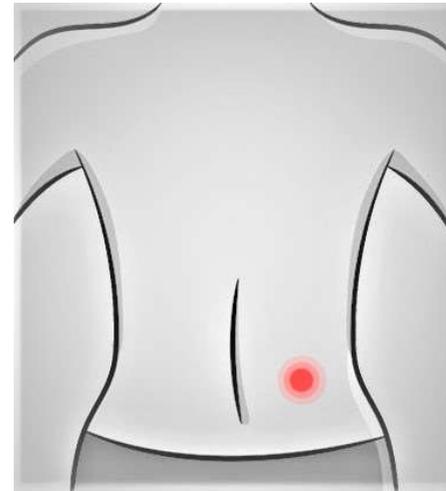
# Anamnèse : localisation et irradiation

- **Localisation de la zone douloureuse**

- 1) Préciser qu'il s'agit bien de la région lombaire

- 2) **Demander de montrer**

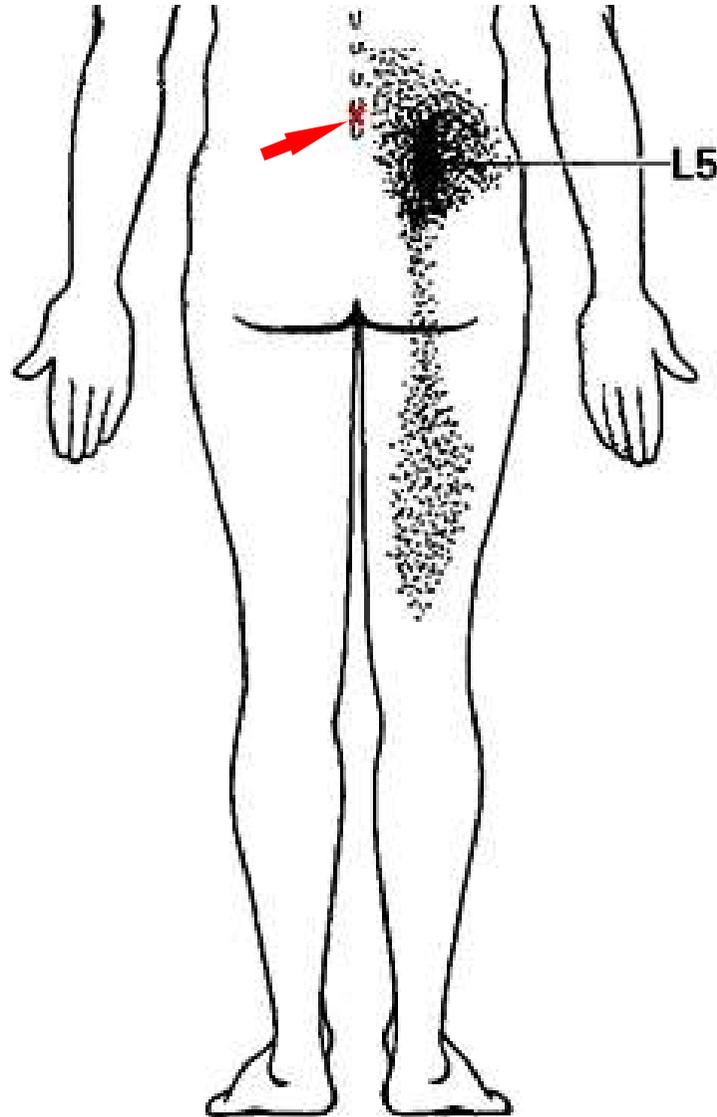
- Avec un doigt : point précis
- Avec l'ensemble de la main : large zone



# **Anamnèse** : localisation et irradiation

- Irradiations éventuelles
  - **Vers les régions thoraciques et cervicales**
    - ✓ Peu de valeur sémiologique
  - **Vers la région fessière → cuisse → creux poplité**
    - Irritation radiculaire, facettaire, Baastrub, sacro-iliaque
  - **Vers la région fessière → cuisse → jambe → pied**
    - Une ou plusieurs zones peuvent manquer
    - Irritation radiculaire
  - **Vers les flancs et l'abdomen**
    - Viscéral
  - **Pli inguinal**
    - Discale

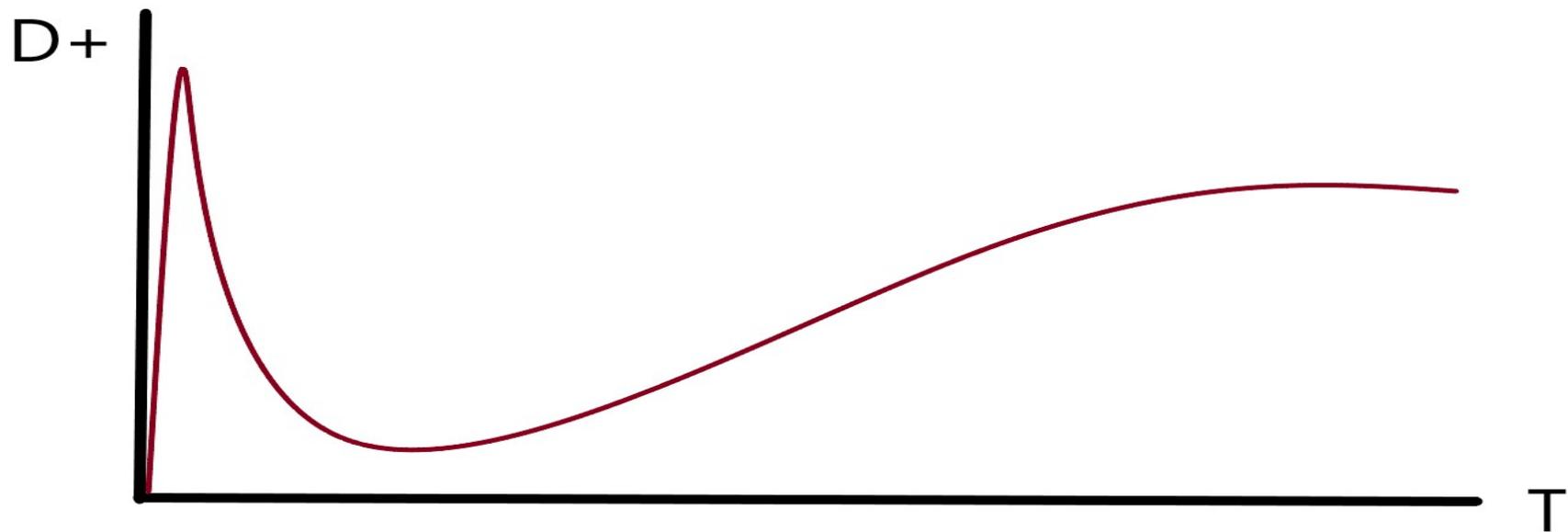
# Irradiations douloureuses après injection **inter-épineux** de sérum hypertonique



# Anamnèse : installation et évolution

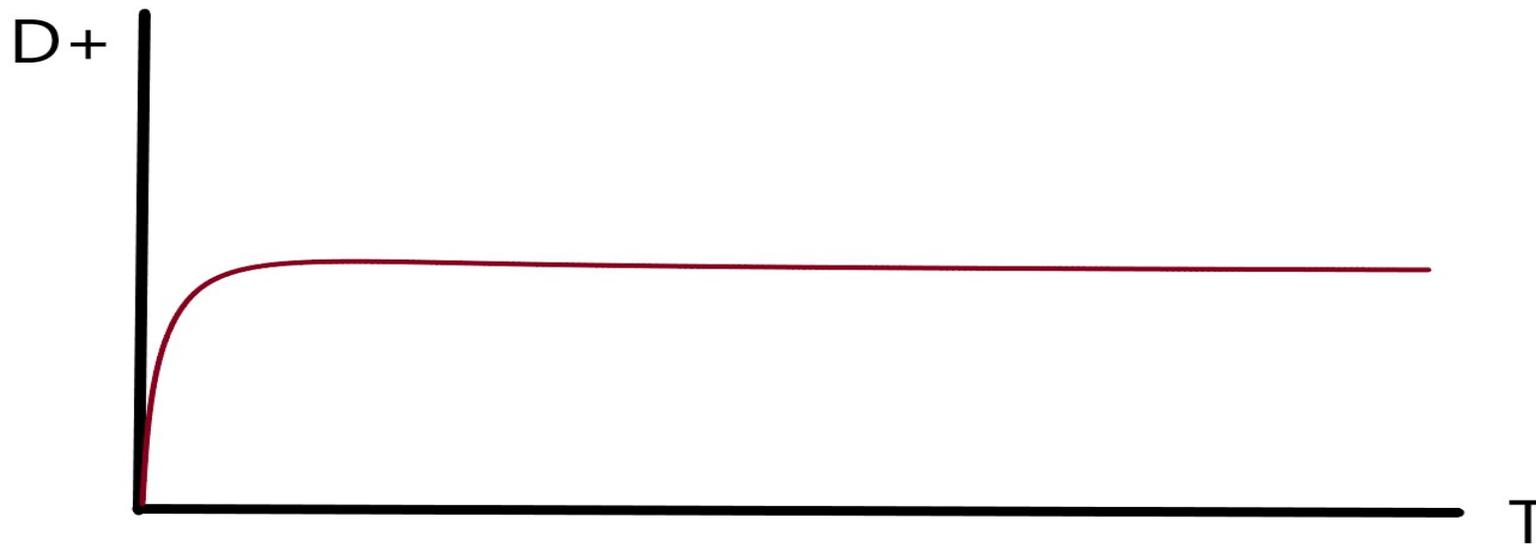
1. Apparition subite
2. Douleur intense de courte durée (quelques secondes)
3. Amélioration très rapide sans sédation complète
4. Aggravation en quelques heures

➤ « Entorse discale »



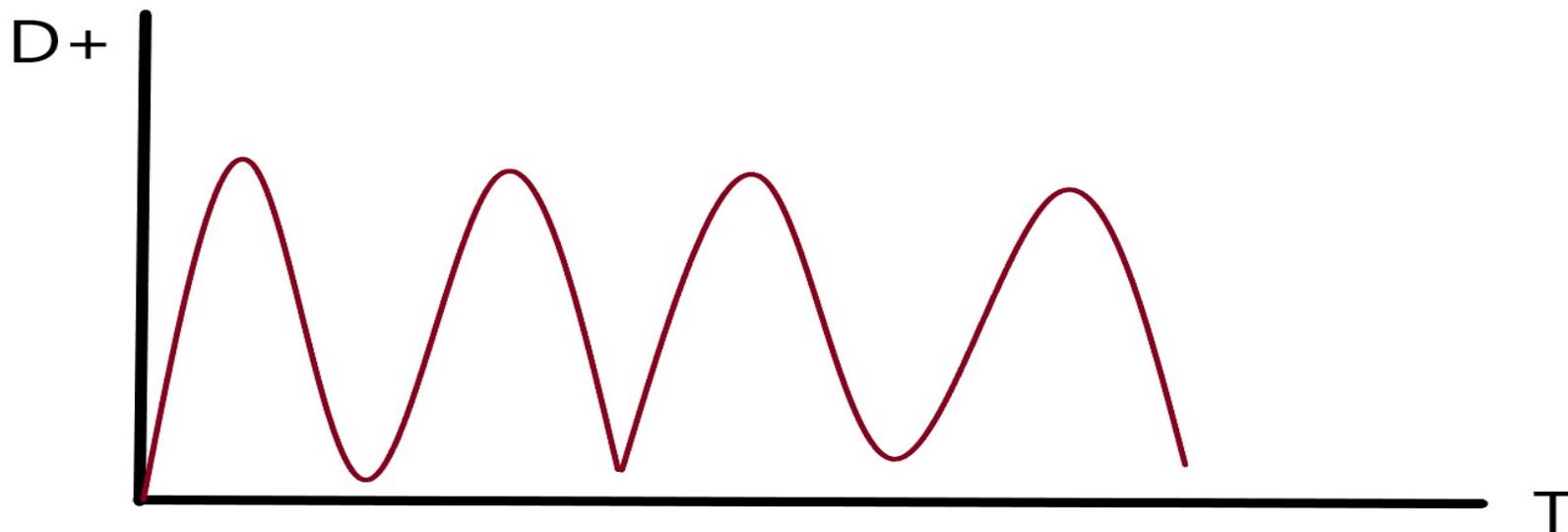
# Anamnèse : installation et évolution

1. Apparition subite
  2. Persistance des douleurs initiales
- **Trouble fonctionnel articulaire**



# Anamnèse : installation et évolution

1. Apparition subite
  2. Douleur fluctuante : poussées douloureuses entrecoupées des périodes peu (pas) douloureuses
- **Lésion appareil urinaire ou digestif**



# **Anamnèse** : facteurs influençant

- **Valsalva**

- Toux, éternuement, rire, défécation

- **Discale**

- **Recrudescence nocturne**

- Vrai: réveille et empêche de dormir

- **Inflammatoire, néoplasique ou viscérale**

- **Lors du changement de position** (réendormissement immédiat)

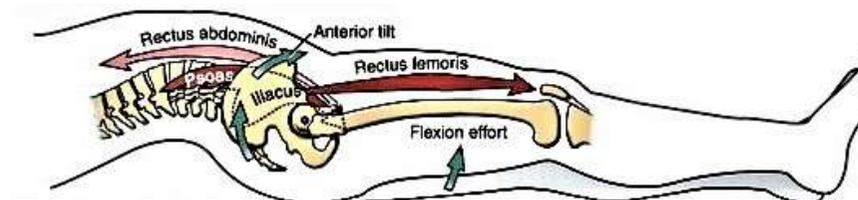
- **Banal pour toute pathologie rachidienne**

# Anamnèse : facteurs influençant

- **Position couchée**

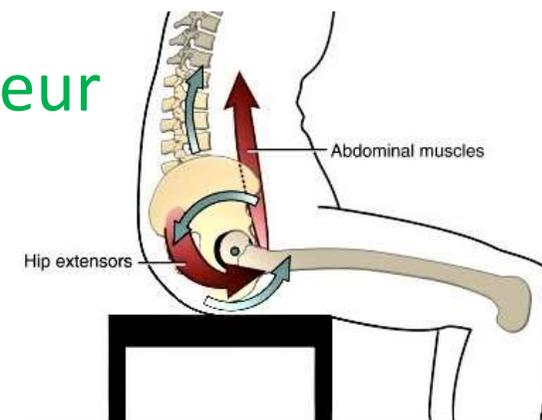
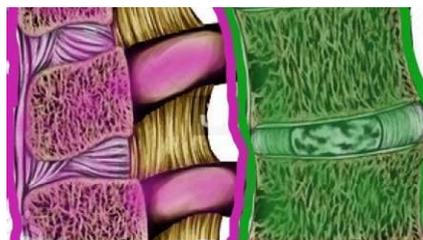
- Améliore toute pathologie rachidienne mécanique

- Discale +++
- Facettaire : si flexion hanches → détente des psoas-iliaques



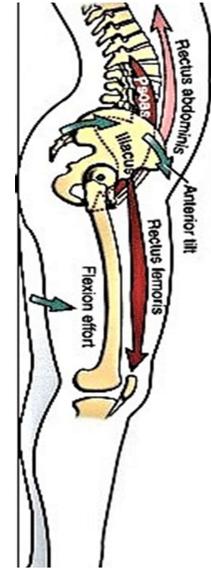
- **Position assise**

- Améliore les douleurs de l'arc postérieur
- Accentue les douleurs discales



# Anamnèse : facteurs influençant

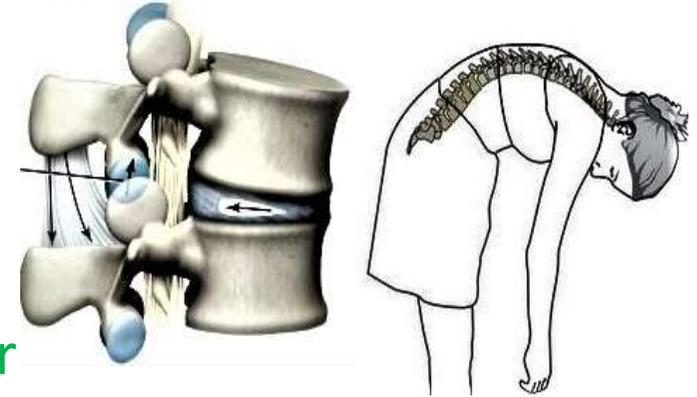
- **Position debout (statique)**
  - Améliore (modérément) les douleurs discales
  - Accentue les douleurs de l'arc postérieur
- **Marche (modérée)**
  - Améliore (modérément) les douleurs discales
  - Accentue mais moins, par rapport à position statique, les douleurs de l'arc postérieur
- **Activité sportive**
  - Si amélioration : critère de NON-gravité
  - Aggravation des douleurs rachidiennes (sauf natation et vélo)



# Anamnèse : facteurs influençant

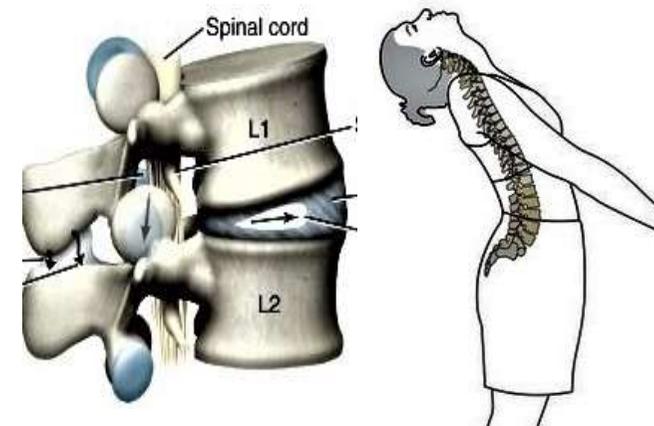
- **Position de flexion lombaire**

- Améliore les douleurs de l'arc postérieur
- Accentue les douleurs de la partie antérieure de la colonne



- **Position d'extension lombaire**

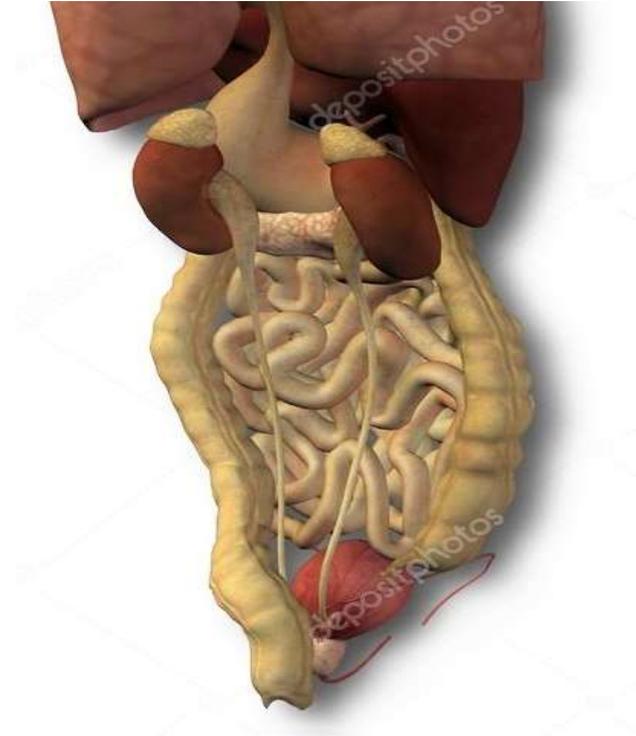
- Accentue les douleurs de l'arc postérieur
- Améliore les douleurs de la partie antérieure de la colonne



# **Anamnèse** : facteurs influençant

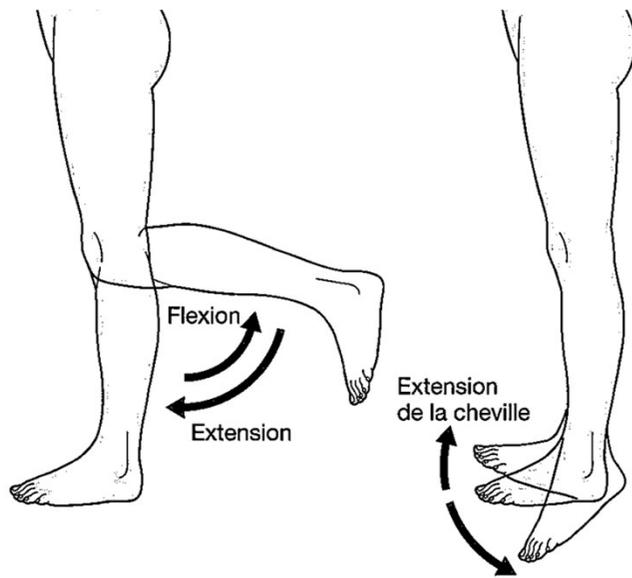
- Position de flexion ou extension
- Position assise
- Position couchée
- Position debout (statique)
- Marche (modérée)
- Activité sportive
- Valsalva

➤ **Sans influence sur les douleurs d'origine digestive, urinaire ou vasculaire**



# Anamnèse : signes associés

- Trouble sensitifs
- Troubles moteurs



# Examen clinique

- 1) Inspection**
- 2) Mobilité globale**
- 3) Tests segmentaires**
- 4) Manœuvres spécifiques**
- 5) Tests sacro-iliaques**
- 6) Examen abdominal**
- 7) Examen neurologique des membres inférieures**

# Examen clinique 1) inspection

- **Déviatation rachidienne**

- **Sagittale:** rectitude lombaire

- Risque discal

- Risque pour massifs articulaires L5-S1

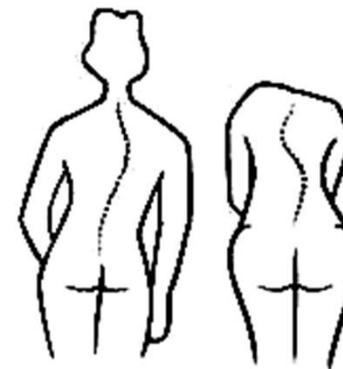
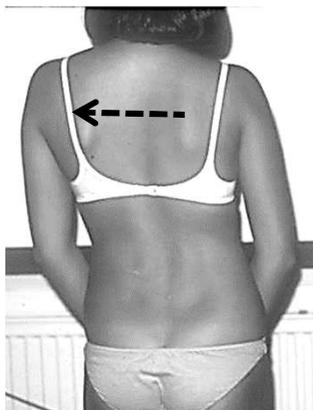
- **Frontale**

- **Scoliose vraie**

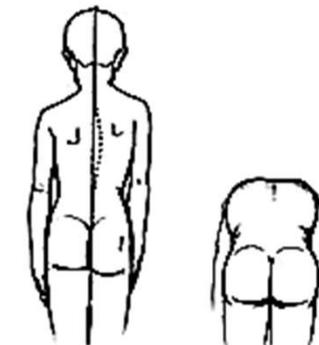
- **Attitude antalgique:**

- Attitude scoliotique

- Baïonnette



Scoliose Vraie

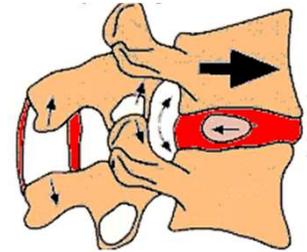


Attitude scoliotique

# Examen clinique 2) Mobilité globale

- Flexion délordose → (+/-) 30 d°

- Accentue douleur discale (colonne antérieure)
- Sans effet sur arc postérieur



- Flexion en verrouillage lombaire → (+/-) 30 d°

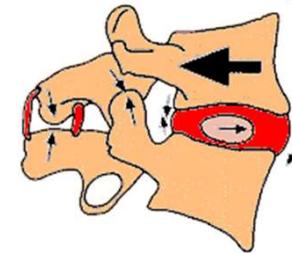
- Mieux qu'en flexion pour les disques
- Moins bien qu'en flexion pour l'arc postérieur



# Examen clinique: Mobilité globale

- **Extension (lordose)**

- Accentue les douleurs de l'arc postérieur
- Mieux qu'en flexion pour le disque



- **Inclinaisons latérales**

- Du côté incliné

- Rapproche les facettes dans le plan frontal :
  - D+ ponctuelle du massif

- Du côté opposé à l'inclinaison

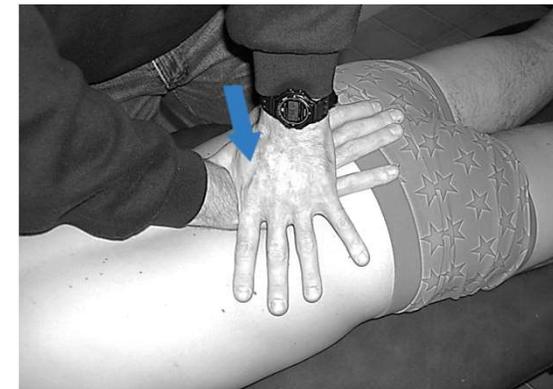
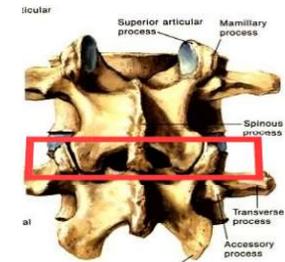
- Étire les chaînes musculaires:
  - Sensation de « tiraillement »



# Examen clinique 3) Tests segmentaires en décubitus ventral

## ○ 1) Pression axiale sur l'épineuse

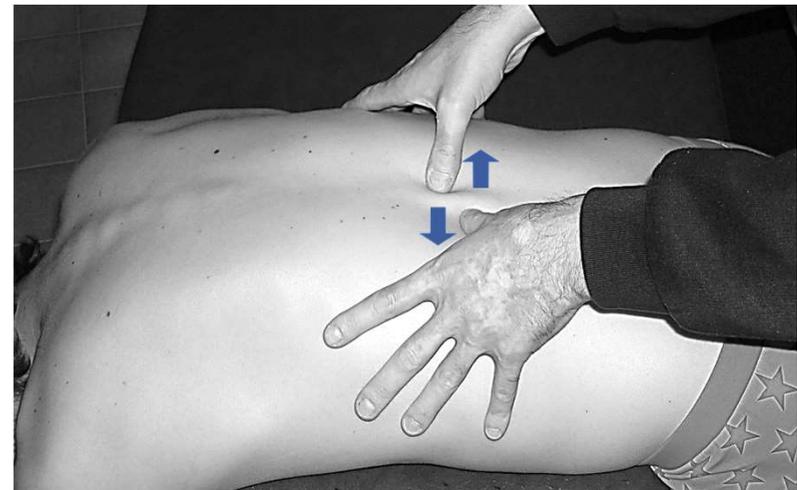
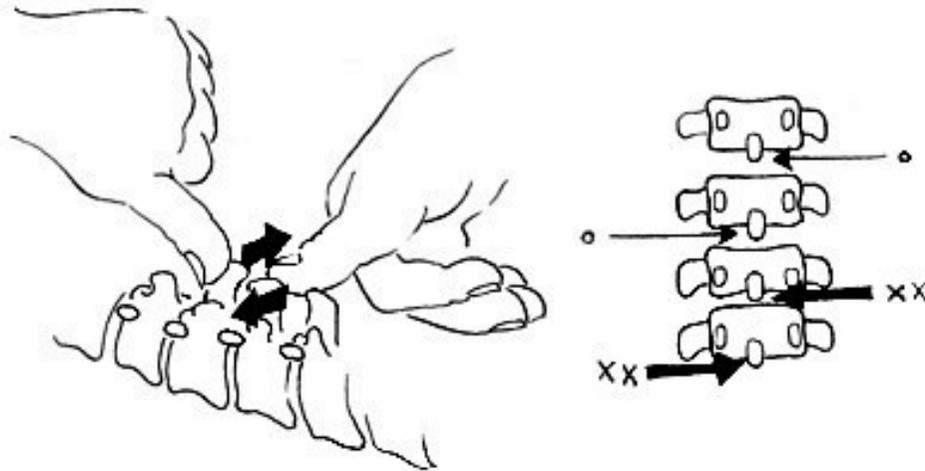
- Coussin sous le ventre pour « annuler » la lordose
- **Pression lente et maintenue postéro-antérieure**
  - Mobilise (surtout) le segment mobile sous-jacent
    - **Détermine le niveau**
  - Contraintes en cisaillement sur le disque
    - **Plus sensible si pathologie discale**



# Examen clinique : Tests segmentaires

## ○ 2) Pression latérale sur l'épineuse

- Pression lente et maintenue latéralement
  - Tangentiellement à la peau
- Contre appui sur épineuse sus puis sous-jacent
- **Précise le niveau** si douleur différente entre sus et sous-jacente



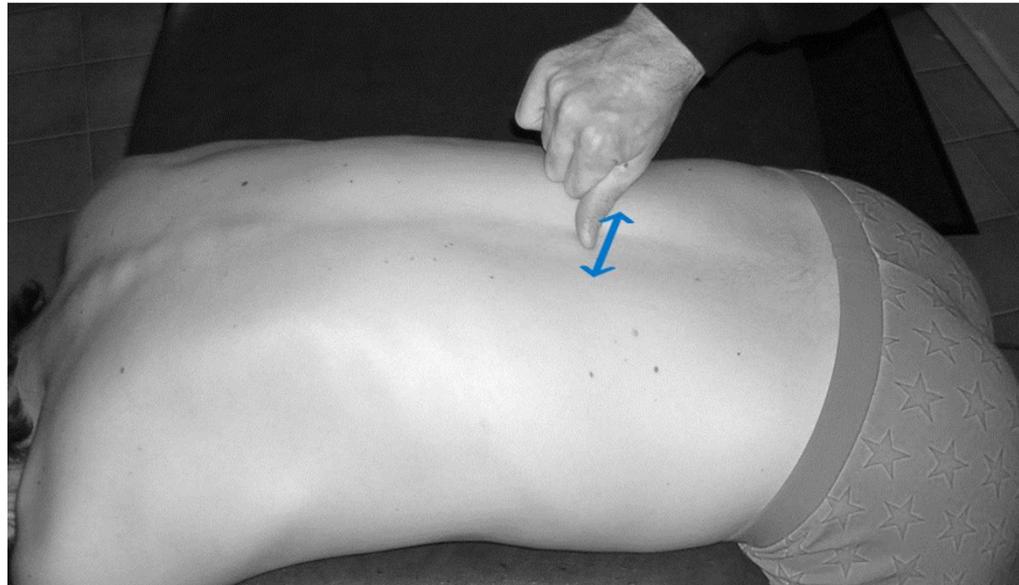
# Examen clinique : Tests segmentaires

- **3) Palpation des massifs articulaires**
  - **Pathologie articulaire postérieure**



# Examen clinique : Tests segmentaires

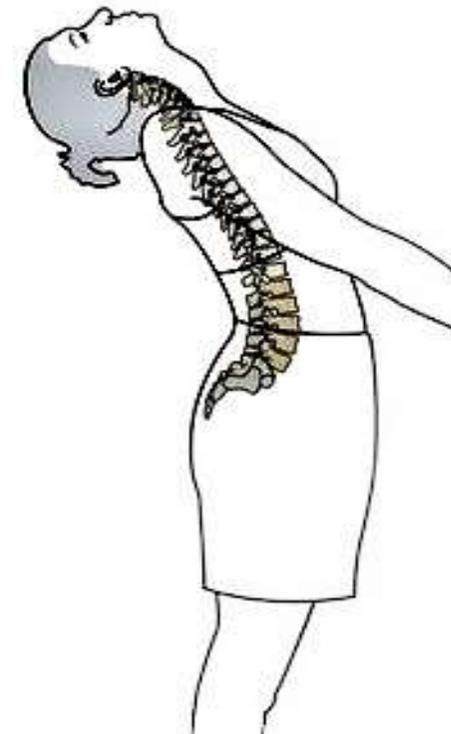
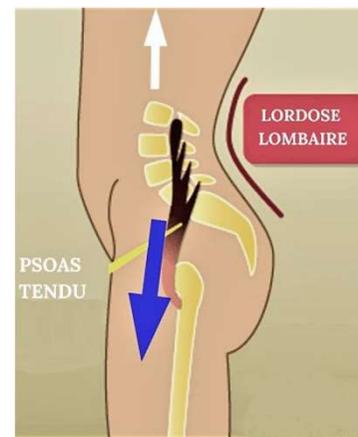
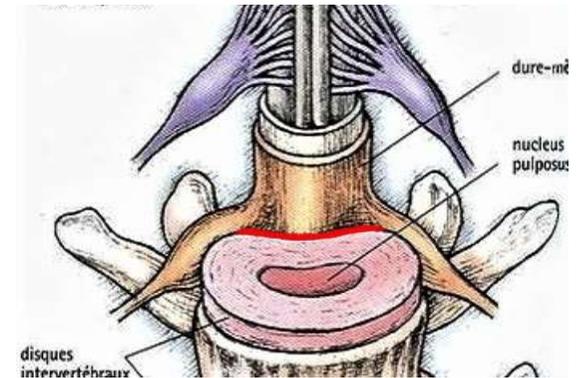
- 4) Palpation/friction de l'espace interépineux
  - Douleur du ligament inter ou supra-épineux



# Examen clinique

## 4) Manœuvres spécifiques

- Recherche de signes d'irritation duremérien
- Manœuvre hyperlordosante
- Contraction du psoas

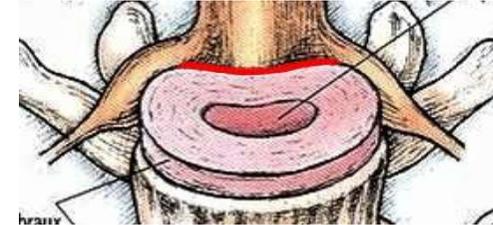
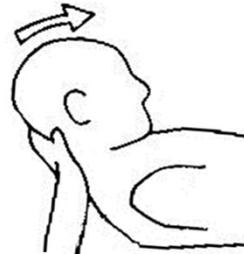


# Recherche d'une irritation dure-mérienne

**Douleur lombaire** déclenchée par:

➤ **Traction sur la dure-mère**

- Manœuvre de **LASEGUE** (lombaire)
- Manœuvre de flexion cervicale passive
  - **Kernig** : actif
  - **Brudzinski** : passif



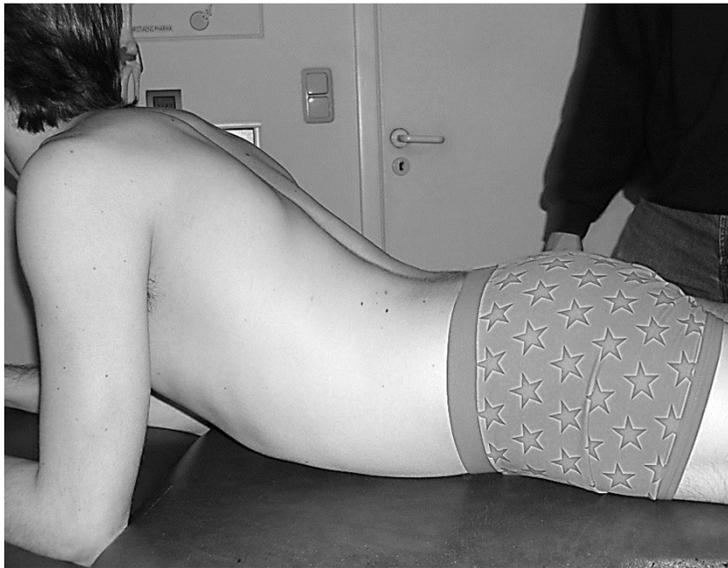
➤ **Élévation de la pression intrarachidienne**

- Toux.
- Épreuve de **VALSALVA** :
  - Expiration forcée contre résistance



# Manœuvre hyperlordosante

- **Mis en position de « sphinx »**
  - + Flexion maximale des deux genoux (accentue lordose)
  - **Compression facettaire postérieure**
  - **Compression isthme**
  - **Compression épineuse**



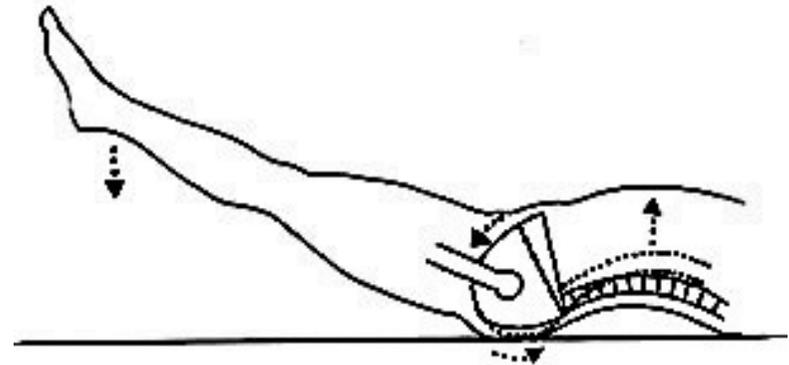
# Contraction du psoas



- Contraction excentrique: « retour du Lasège »

- **Contraction isométrique**

- Décubitus dorsal jambe tendue
- Flexion de la cuisse avec résistance au genou



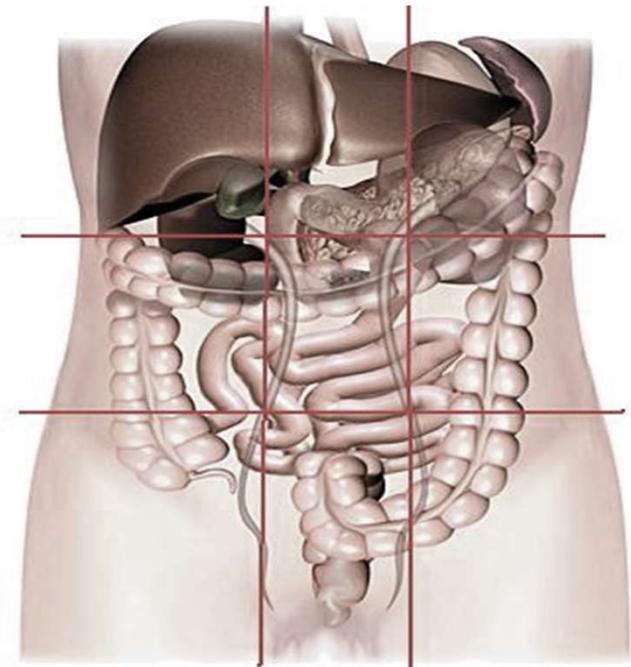
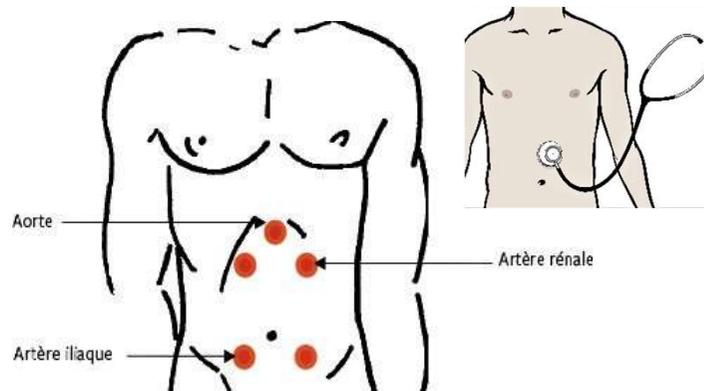
➤ (Reproduit) la douleur articulaire postérieure

# Examen clinique 5) Tests sacro-iliaques



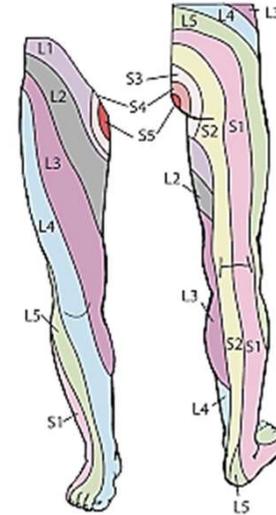
# Examen clinique 6) Examen abdominal

- **Palpation des 9 quadrants abdominaux**
  - Douleur, rebond, défence...
  - Palpation abdominale → **douleur lombaire !!!**
- **Palpation du point costo-lombaire**
- **Auscultation abdominale**
  - **Souffle** → pathologie vasculaire



# Examen clinique 7) neurologique M.I.

- **Sensibilité**
- **Réflexes**
  - Réflexe rotulien : L2, L3, L4
  - Réflexes achilléens : S1
  - Potentialisation par la manœuvre de **Jendrassik**
- **Force musculaire**
  - Parfois très minime : **tester en charges !**



# Interprétation du bilan clinique

## Syndrome clinique

- **Colonne antérieure**
  - Disque intervertébral
    - Discopathie « simple »
    - Discopathie « protrusive »
  - Corps vertébral : fracture tassement
- **Colonne postérieure**
  - Massif articulaire
  - Lyse isthmique
  - Maladie de Baastrub
- Pathologie sacro-iliaque
- Pathologie digestive
- Colite néphrétique
- Dissection d'un anévrisme aortique

# Syndrome discal

- **Mode d'apparition souvent typique**

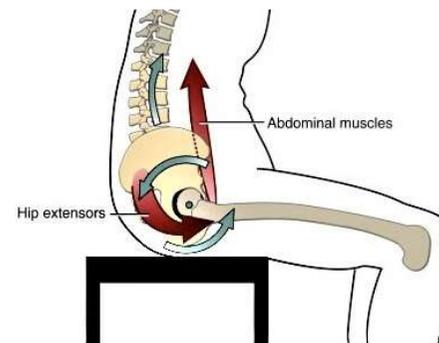
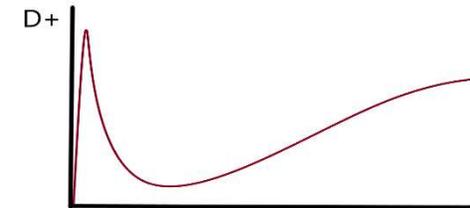
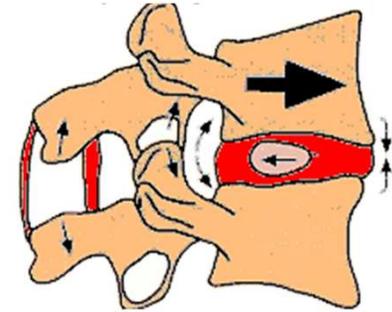
- En deux temps
- Contractions musculaires secondaire
  - Position antalgiques

- **Douleur en large bande mal définie**

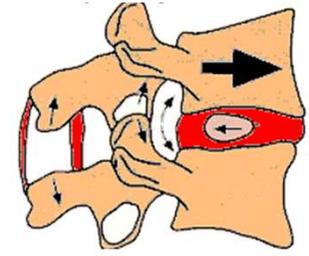
- Irradiation plus haine (inconstant)

- **Aggravation**

- Assis, flexion, port de charge
- Toux (Valsalva)

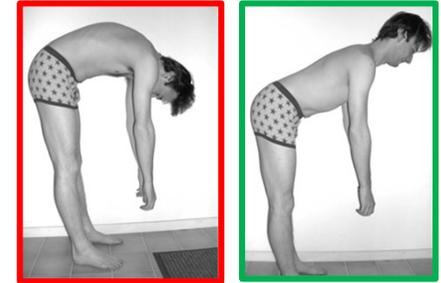


# Syndrome discal



- **Examen clinique**

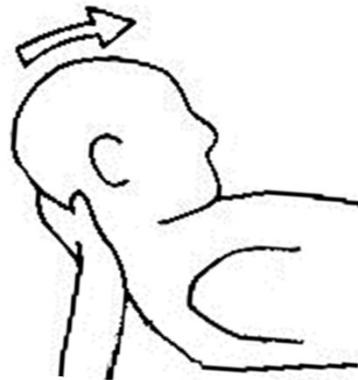
- Flexion délordose > flexion verrouillage
- **Pression épineuse** : reproduit la douleur
- Autre test segmentaire : non (moins) douloureux



- Palpation massif articulaire moins douloureux et souvent symétriques

# Syndrome discal avec protrusion (?)

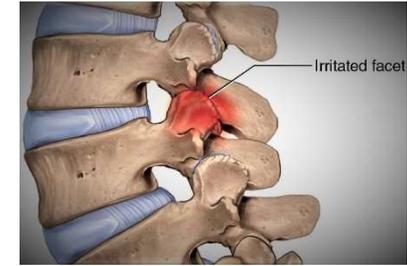
- Syndrome discal caractéristique et en plus :
  - **Valsalva** très douloureux
  - Signe d'irritation duremèriens
    - **Lasègue lombaire** : Irritation d'autant plus importante que le signe apparaît dès les premiers degrés de flexion
    - **Douleur lombaire** si flexion cervicale



# Fracture tassement corps vertébral

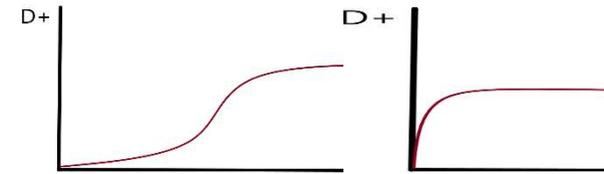
- **Terrain** : âge, ostéoporose, Th11 à L2 (principalement)
- Notion de chute **NON** obligatoire
- Clinique idem discopathie avec en plus
  - Constipation (inconstant)
  - Douleur importante à la **percussion de l'épineuse** (marteau à réflexes)
  - Pas de signes duremèrien
    - **sauf** si recule mure postérieur!

# Syndrome facettaire postérieur



- **Mode d'apparition variable**

- Progressif après activité en lordose
- Subit lors d'un mouvement de grande amplitude



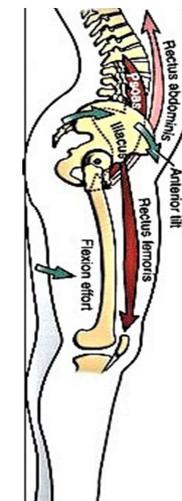
- **Douleur ponctuelle bien définie**



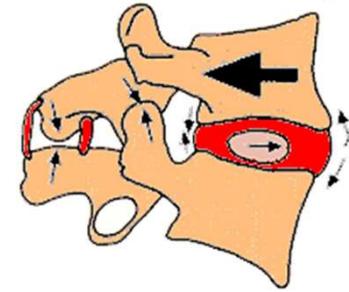
- Irradiation possible fessière → cuisse (creux poplité)

- **Aggravation**

- Debout statique > marche
- Extension
- Décubitus dorsal (jambe tendue)

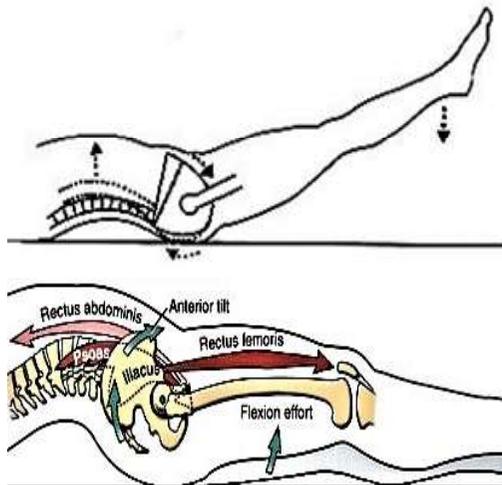


# Syndrome facettaire postérieur

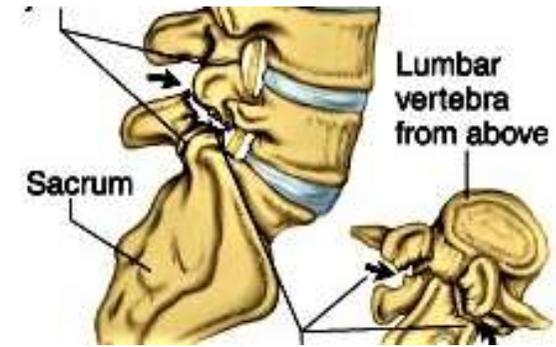


- **Examen clinique**

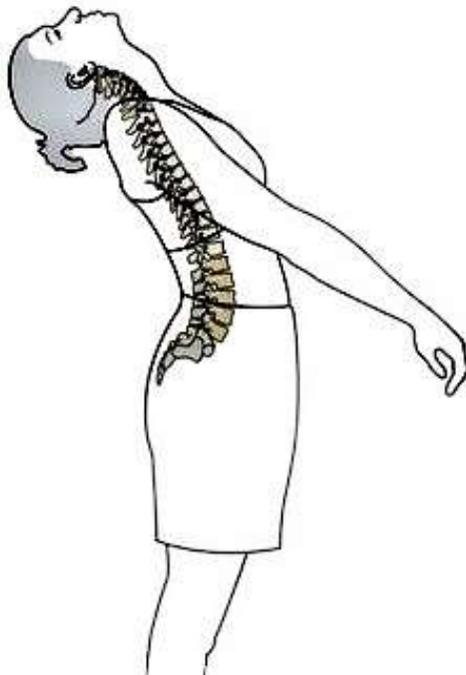
- Palpation des massifs articulaires reproduit la douleur
- Position de sphinx
- Contraction des psoas



# Lyse isthmique

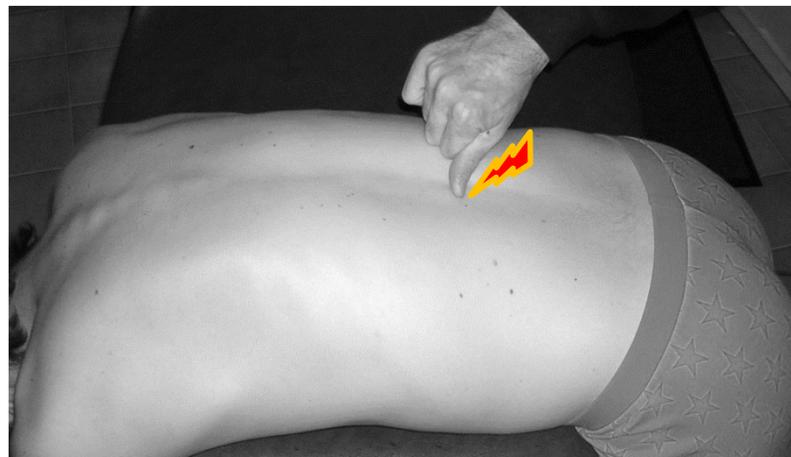
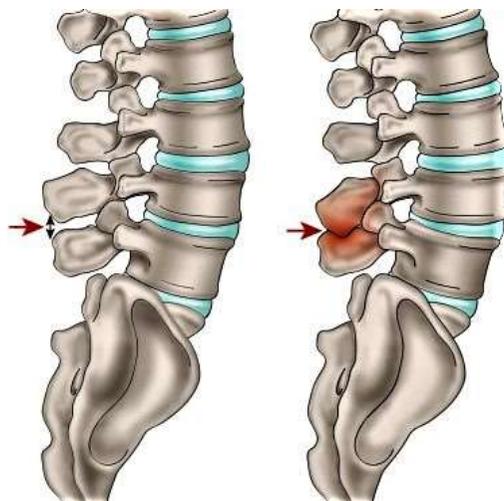
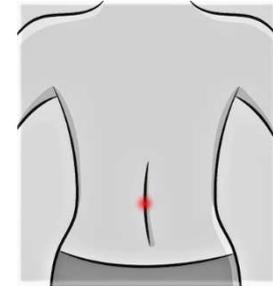


- Idem Syndrome facettaire postérieur L5-S1  
mais AGE : enfant ou adolescent !



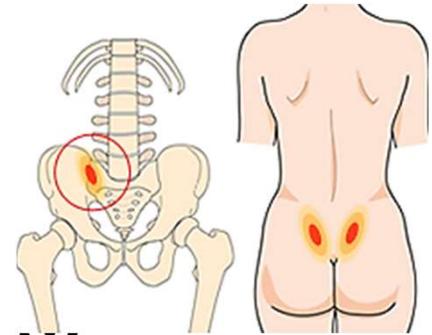
# Syndrome de Baastrub (kissing spine)

- Idem Syndrome facettaire postérieur y compris pour les irradiations, mais
  - Douleur centrée sur ligne des épineuses
  - Palpation/friction de l'espace interépineux et pas des massifs articulaires
  - Peu sensible aux contractions des psoas



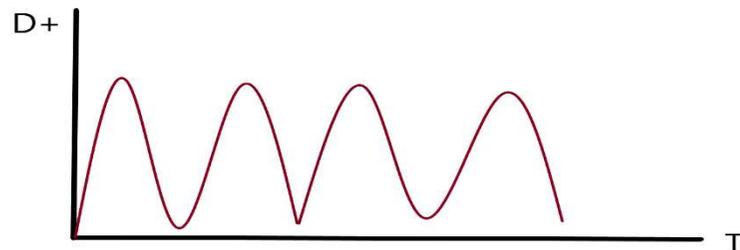
# Douleur sacro-iliaque

- **Douleur lombaire basse latéralisée**
  - Horaire mécanique ou inflammatoire
- **Examen clinique du rachis non contributif**
  - SAUF: Signe facettaire postérieur L5/S1
- **Testing sacro-iliaque +++**
- **Pathologie fonctionnelle (mécanique)**
- **Spondylarthrite débutante (homme jeune)**
  - Enthésopathie inflammatoire
  - Pathologie intestinale inflammatoire
  - Uvéite
  - Urétrite



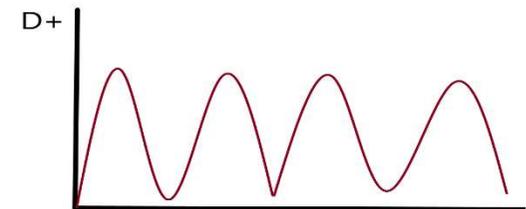
# Syndrome viscéral

- Rechercher des signes abdominaux devant toute
  - **lombalgie « atypique »**
  - **lombalgie irradiante vers l'abdomen**
- Douleur non influencée par positions ou activités
- Caractère pulsatile, crampoïde des douleurs
- Examen clinique rachidien négatif (ou non cohérent)
- Douleur lombaire à la palpation abdominale !



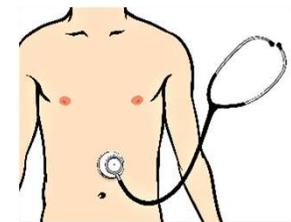
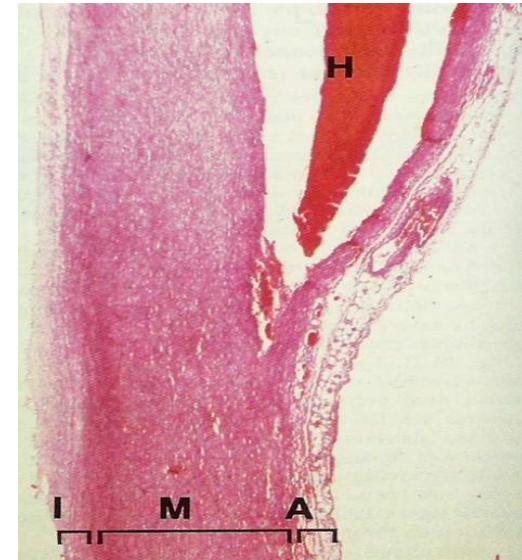
# Lithiase rénale

- Colite néphrétique : lithiase obstrue l'uretère
- Contexte de déshydratation
  - Chaleur, Personnes âgées
- **Aucun caractère mécanique de la douleur :**
  - Latéralisée, irradiations multiples
  - Pulsatile, crampoïde
  - Indépendante des positions
  - Besoin incessant de bouger
- **Point costo-lombaire douloureux**



# Dissection d'un anévrisme abdominal

- Age > 50 ans, Homme > femme , athéromatose
- HTA, obésité, hypercholestérolémie, tabac
- Dissection : passage du flux sanguin entre intima et média ⇨ Abouti à la rupture !!!
- **Douleur lombaire**
  - Permanente, sourde, mal définie.
  - Non mécanique, sans position antalgique.
  - Irradiation abdominale (fosses iliaques)
- (Masse abdominale)
- (Disparition du pouls des membres inférieures)
- **SOUFFLE À L'AUSCULTATION** de l'abdomen
  - Absence de souffle cardiaque !



# Bilan clinique : CONCLUSIONS

- ✓ Étape parfois fastidieuse, chronophage  
**mais absolument nécessaire !**
- ✓ **Objectifs**
  - Exclure les urgences ou pathologies non rachidiennes
  - Démembrement clinique → orientation thérapeutique
- ✓ **Réalisation** : rigueur et précision
- ✓ **Interprétation** : Réalisme et modération
  - Aucun signe n'est 100% sensible ou spécifique
  - Accumuler les indices
  - Relativiser en fonction du patient !



**MERCI  
DE  
VOTRE  
ATTENTION**