

Screening et drapeaux rouges en cas de lombalgie



Screening and red flags in low back pain

Guillaume Christe

Haute École de Santé Vaud (HESAV), filière physiothérapie, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse

INTRODUCTION

La lombalgie est un problème de santé fréquent. Bien que la plupart des lombalgies soient communes, l'identification de pathologies spécifiques constitue une étape essentielle de l'évaluation [1,2]. Cette démarche passe par la recherche et la combinaison d'informations dans l'anamnèse et l'évaluation physique, informations qui conduisent à la détermination d'un **indice de suspicion** (Fig. 1) [3]. Celui-ci permet de décider si le traitement peut être débuté, ou si la personne doit être redirigée vers son médecin traitant ou un service d'urgence. Le processus de raisonnement clinique est associé à l'investigation de différents drapeaux rouges (*red flags*) décrits dans la littérature. L'objectif de cet article est de résumer la démarche diagnostique pour les principales pathologies spécifiques du rachis : fractures, métastases osseuses, infection, maladies rhumatismales inflammatoires et syndrome de la queue de cheval.

PATHOLOGIES SPÉCIFIQUES

Fractures vertébrales

Un traumatisme devrait être plutôt conséquent chez une personne jeune, alors que chez une personne âgée, un choc mineur peut être considéré comme un risque de fracture vertébrale. La prise de corticostéroïdes, la présence de contusions, une histoire d'ostéoporose, un antécédent de cancer (qui augmente le risque de métastases osseuses), être une femme et avoir des douleurs au niveau thoracique (70 % des fractures non-traumatiques sont situées dans cette région) sont d'autres éléments qui augmentent la probabilité de fracture. La consommation excessive d'alcool, une déficience en vitamine D,

le tabagisme, la maladie de Crohn peuvent également augmenter le risque d'une fracture vertébrale [3,4].

Adresse e-mail : guillaume.christe@hesav.ch

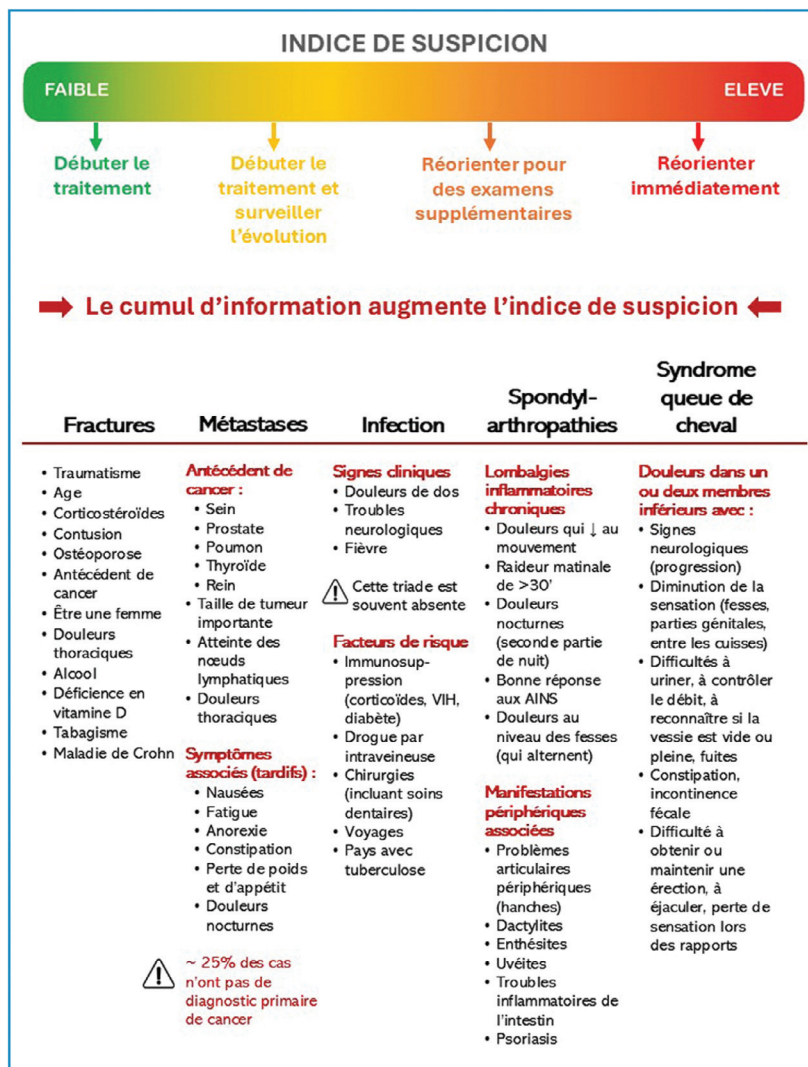


Figure 1. Informations principales qui influencent l'indice de suspicion (modifié de Finucane et al. 2020 [3]).

Métastases osseuses

Le facteur de risque principal des métastases osseuses au niveau du rachis est un antécédent de cancer [5]. Évidemment, cette information seule n'aide pas beaucoup au diagnostic, et environ 25 % des personnes qui présentent des métastases n'ont pas de diagnostic primaire de cancer. Connaître le type de cancer permet de préciser l'indice de suspicion, car les cancers du sein, de la prostate, du poumon, de la thyroïde et du rein augmentent les risques de métastases osseuses au niveau du rachis [3]. Une taille de tumeur importante, avec atteinte des nœuds lymphatiques et des douleurs au niveau thoracique, augmentent également les probabilités. Des symptômes tels que nausées, fatigue, anorexie, constipation, perte de poids et d'appétit, douleurs nocturnes peuvent aussi augmenter l'indice de suspicion. Toutefois, ces symptômes sont souvent tardifs ; leur absence ne devrait pas forcément rassurer les cliniciens [3,6].

Infection

Les signes cliniques qui peuvent augmenter la suspicion d'une infection sont la combinaison de douleurs de dos associées à des troubles neurologiques et de la fièvre. Cette combinaison de signes cliniques n'est néanmoins pas toujours présente, avec une absence de fièvre dans environ 50 % des cas. Les facteurs de risque peuvent compléter les signes cliniques pour déterminer l'indice de suspicion. Il s'agit d'une immunosuppression, qui peut être par exemple induite par la prise de corticoïdes, un VIH, un diabète, la consommation de drogues par voie intraveineuse, des interventions chirurgicales récentes (y compris des soins dentaires), les voyages ou la provenance d'un pays où la tuberculose est endémique [3,7].

Maladies rhumatismales inflammatoires

Il s'agit principalement du diagnostic des spondylarthropathies. Les informations utiles au diagnostic sont des lombalgies de plus de trois mois, avec une raideur matinale de plus de 30 minutes, des douleurs nocturnes en seconde partie de nuit, des douleurs qui s'améliorent au mouvement mais pas au repos, des antécédents familiaux et une bonne réponse à la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens. D'autres symptômes peuvent augmenter l'indice de suspicion, tels que des dactylites, des enthésites, des uvéites, des troubles de l'intestin, du psoriasis ou des problèmes articulaires périphériques [8].

Syndrome de la queue de cheval

Il convient de considérer ce diagnostic dans les situations où la personne décrit des douleurs dans un ou les deux membres inférieurs, accompagnées de signes neurologiques tels qu'une diminution de la sensibilité ou de la motricité. Les autres signaux d'alertes incluent une perte de sensation dans la région des fesses, des organes génitaux ou entre les cuisses, une difficulté à uriner, à contrôler le flux, à ressentir si la vessie est pleine ou vide, ou des fuites, une constipation, de l'incontinence fécale. D'autres signes importants sont la progression de troubles neurologiques ou de

dysfonctionnements sexuels (difficulté à obtenir ou maintenir une érection, difficulté à éjaculer, perte de sensation pendant les rapports). Une suspicion de syndrome de la queue de cheval devrait conduire à une réorientation immédiate [3,9].

CONCLUSION

La recherche des informations citées ci-dessus constitue une partie centrale du diagnostic différentiel en cas de lombalgie. L'indice de suspicion, ainsi que la décision qui en découle, doivent être basés sur un processus de raisonnement clinique qui tienne compte du cumul des informations. Cette démarche qualitative n'est en rien moins importante que le score chiffré d'un test quantitatif. Bien au contraire, c'est le reflet des compétences du physiothérapeute qui, dans certains cas comme le syndrome de la queue de cheval, par exemple, peuvent s'avérer décisives pour le pronostic du patient.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Déclaration de l'intelligence artificielle

L'auteur déclare n'avoir pas utilisé d'outils basés sur l'intelligence artificielle et/ou de technologies assistées par l'intelligence artificielle dans la rédaction de cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391:2356–67.
- [2] Christe G, Balthazard P, Vaswani A, Pourchet T, Tharin F. Évaluations clinique et fonctionnelle du rachis lombaire. EMC. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. Epub ahead of print 2024. DOI:10.1016/S1283-0887(24)56637-3.
- [3] Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, et al. International framework for red flags for potential serious spinal pathologies. *J Orthop Sports Phys Ther* 2020;50:350–72.
- [4] Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, de Vet HCV, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review (PICO). *BMJ* 2013;347:f7095.
- [5] Henschke N, Maher CG, Ostelo RWJG, de Vet HCV, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD008686.
- [6] Finucane L. Metastatic disease masquerading as mechanical low back pain; atypical symptoms which may raise suspicion. *Man Ther* 2013;18:624–7.
- [7] Yusuf M, Finucane L, Selfe J. Red flags for the early detection of spinal infection in back pain patients. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:606.
- [8] MacMillan A, Corser A, Clark Z, McCrum C, Gaffney K. Masterclass: Axial spondyloarthritis for osteopaths and manual therapists. *Int J Osteopath Med* 2021;21:45–56.
- [9] Greenhalgh S, Finucane L, Mercer C, Selfe J. Assessment and management of cauda equina syndrome. *Musculoskelet Sci Pract* 2018;37:69–74.