

Lombalgies « spécifiques » et « non spécifiques »

# Prise en charge de la lombalgie chronique chez la personne âgée

Les douleurs lombaires sont un des plus importants problèmes de santé publique dans les pays économiquement développés, entraînant le plus d'années de vie vécues avec une incapacité (1). La prévalence chez les sujets âgés est d'environ 40 %, en diminution après 90 ans. On distingue les lombalgies « spécifiques », les lombalgies associées à une atteinte neurologique et celles dites « non spécifiques » ou « communes » (2). Après 65 ans on s'attend à une augmentation de la proportion de lombalgies spécifiques en particulier liées à l'ostéoporose, d'origine tumorale ou secondaire à des problèmes statiques. Les épisodes aigus de lombalgie commune guérissent en moins de 3 mois chez un peu plus de la moitié des patients. Les formes chroniques ou récidivantes sont les plus fréquentes (3).

L'anamnèse et l'examen clinique sont essentiels au diagnostic et sélectionnent les patients ayant besoin d'investigations (tab.1). Attention, une IRM à plus de 65 ans est toujours « pathologique » (tab.2) mais ces éléments dégénératifs ne jouent que peu de rôle dans la douleur (4).

## Quelques étiologies importantes

### Fracture ostéoporotique

Les fractures vertébrales sont souvent asymptomatiques, même si elles entraînent parfois une perte de hauteur ou une cyphose, éléments importants pour la détection d'une ostéoporose. L'étiologie la plus fréquente est l'ostéoporose bien que des fractures secondaires à une tumeur ou une infection doivent toujours être exclues. Douleur ou non, on ne retrouve pas toujours un traumatisme à l'anamnèse. La douleur est en général d'allure mécanique, bien localisée au niveau d'une ou deux épineuses, avec éventuellement une irradiation unilatérale ou bilatérale dans le flanc, l'abdomen ou l'épine iliaque en raison de la localisation préférentielle à la charnière thoraco-lombaire. À l'examen physique, la douleur peut être reproduite à la palpation ou la percussion de l'apophyse épineuse correspondante (5).

Le traitement antalgique (pharmacologique +/- corset) doit être absolument complété par un traitement antiostéoporotique (bisphosphonates, denosumab, voire teriparatide), quel que soit le résultat de la minéralométrie. La vertébroplastie est réservée à des situations très exceptionnelles, avec un fort handicap fonctionnel malgré une bonne antalgie.

### Néoplasie

Chez les personnes âgées on redoute essentiellement le myélome multiple et les métastases du sein, de la prostate, du poumon, de la thyroïde et du rein (6). Le myélome multiple est une

hémopathie maligne fréquente chez la personne âgée (7) qui entraîne une importante morbidité en raison des douleurs et des fractures.

### Troubles statiques

Scolioses dégénératives et déséquilibre sagittal sont deux sources importantes de lombalgies chez la personne âgée. La première est liée à des troubles dégénératifs asymétriques qui se développe plus particulièrement autour de la ménopause (8). Le second découle de troubles dégénératifs diffus et sévères entraînant une perte de lordose lombaire, de cyphose thoracique et donc à un déséquilibre antérieur qui surcharge la musculature rachidienne (fig.1). Les douleurs sont de type mécanique, irradiant dans les membres inférieurs, mimant volontiers une claudication neurogène (9). Outre la recherche du trouble statique à l'examen clinique, le bilan comprend une radiographie de la colonne totale (si possible EOS, moins irradiante, pas de distorsion).

D'un point de vue thérapeutique, lorsque le déséquilibre n'est pas trop important une physiothérapie ciblée sur les mécanismes de compensation (étirement des psoas, renforcement des spinaux, amélioration de l'endurance) peut être très efficace. Les traitements chirurgicaux sont grevés d'un taux élevé de morbi-mortalité.

### Coxarthrose

Outre des douleurs inguinales et crurales, la coxarthrose peut aussi faire des douleurs lombaires basses/fessières/trochantériennes (10). À l'anamnèse la douleur est de type mécanique et il existe une perte douloureuse des amplitudes articulaires passives et actives touchant d'abord la rotation interne et la flexion. Au moindre doute une radiographie de face et de faux-profil (selon Lequesne) doit être pratiquée.



**Dr Beatriz Pozuelo Moyano**  
Genève



**Dr Stéphane Genevay**  
Genève

TAB. 1		Signes d'appel et examen de choix des lombalgies spécifiques et syndromes neurologiques associés		
		Signes d'appel	Examen de choix	
Lombalgies spécifiques	Fracture vertébrale ostéoporotique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédent de petit traumatisme</li> <li>• Douleur localisée au niveau d'1 ou 2 épineuses</li> <li>• La position assise, l'extension de la colonne vertébrale, la manœuvre de Valsalva et le mouvement aggravent la douleur</li> <li>• Douleur reproduite spécifiquement à la palpation ou la percussion de l'apophyse épineuse correspondante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiographie ciblée (face + profil) L'IRM est indiquée en 2ème intention (s'il y a un doute diagnostique ou un doute quant à la temporalité)</li> </ul>	
	Néoplasie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédent néoplasique</li> <li>• Perte pondérale</li> <li>• Asthénie</li> <li>• Anorexie</li> <li>• Altération de l'état général</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRM</li> </ul>	
	Infection	Spondiloliscite et épидурite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre, frissons, sudations,</li> <li>• Altération de l'état général et perte pondérale</li> <li>• Signes neurologiques déficitaires (lors d'épidurite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRM</li> </ul>
	Rhumatismes inflammatoires	Spondyl-arthropathie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rare dans cette population</li> <li>• Douleur à caractère inflammatoire, irradie à bascule dans les fesses</li> <li>• En général atteinte articulaire périphérique (arthrite, enthésite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VS, CRP élevées</li> </ul>
		Polymyalgia rheumatica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs inflammatoires, prédominant en fin de nuit, associées à une mise en route matinale (raideur) qui peut se prolonger pendant plusieurs heures</li> <li>• Atteinte concomitante de la ceinture scapulaire</li> </ul>	
Syndromes neurologiques associés	Claudication neurogène sur canal lombaire rétréci		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur/faiblesse/paresthésies des membres inférieurs (bilatéral)</li> <li>• Survenant progressivement à la marche</li> <li>• Fortement soulagé si assis ou si se penche en avant (signe du caddie)</li> <li>• Reproduction des symptômes des jambes lors de l'extension rachidienne active pendant 30 secondes</li> <li>• L'absence de signe d'irritation (Lasègue négatif)</li> </ul>	Seulement en cas d'évolution défavorable : <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiographie de la colonne totale pour exclure un trouble statique</li> <li>• IRM si un geste invasif est considéré.</li> </ul>
	Syndrome radiculaire sur hernie discale		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La topographie douloureuse correspond avec le dermatome</li> <li>• Caractéristiques neurogènes</li> <li>• Présence de signe irritatif (Lasègue pour L5 et S1, Lasègue inversé pour L3 et L4) et parfois un déficit sensitif, moteur ou réflexe selon la racine</li> </ul>	Seulement en cas d'évolution défavorable : <ul style="list-style-type: none"> <li>• IRM</li> </ul>
	Syndrome de la queue de cheval		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles sphinctérien (rétention urinaire puis pertes par regorgement, pertes de selles)</li> <li>• Paresthésies dans les membres inférieurs, anesthésie en selle</li> <li>• Déficit moteur de topographie monoradiculaire ou pluriradiculaire uni ou bilatérale</li> <li>• Abolition d'un ou plusieurs réflexes ostéotendineux aux membres inférieurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IRM en urgence et une prise en charge neurochirurgicale immédiate.</li> </ul>

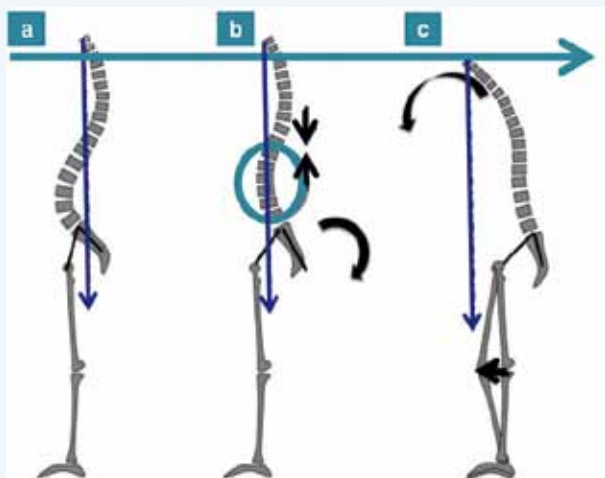
**Claudication neurogène**

Elle est le symptôme cardinal d'un canal lombaire rétréci par des modifications dégénératives. Les symptômes (paresthésies, douleurs) sont bilatéraux avec des caractéristiques typiques (tab. 2) (11). Le traitement associe des médicaments contre les douleurs neurogènes (tramadol, tapentadol, prégabaline voire duloxetine), à une prise en charge physiothérapeutique active en position de délordose pour élargir le canal, des techniques neurodynamiques et des étirements. Les infiltrations épidurales sont peu efficaces. Si l'évolution est défavorable le bilan comprendra une radiographie standard (évaluation statique) et une IRM (quantification de la sténose). En cas d'évolution défavorable une chirurgie doit être envisagée même à un âge avancé.

TAB. 2		Fréquences des « anomalies » IRM dans une population asymptomatique âgée de plus de 70 ans
Type	Fréquence	
Dégénérescence discale	90%	
Protrusion circonférentielle	77%	
Fissure discale	30%	
Hernie discale	40%	
Arthrose facettaire	70%	
Spondylolysthésis	35%	

(adapté de Brinjikji 2015)

FIG. 1

**Effet du vieillissement ou des troubles dégénératifs sur l'équilibre sagittal.**

- a) **Colonne vertébrale bien équilibrée** ; la ligne de plomb de C7 passe sur le plateau de S1.
- b) **Colonne vertébrale déséquilibrée** vers l'avant par la diminution de la lordose lombaire et de la cyphose thoracique secondaire aux discopathies. Mise en place de phénomène de compensation comme la rétroversion pelvienne pour ramener le plus possible la ligne de plomb C7 en arrière.
- c) **L'augmentation de la perte des courbures** abouti à une situation dépassée malgré d'autres phénomènes de compensation comme la flexion des genoux ; la ligne de plomb de C7 est nettement en avant des têtes fémorales induisant d'énormes tensions musculaires sur le rachis dorso-lombaire.

(adapté avec la permission du Pr. J-C Le Huec)

**Lomboradiculalgies**

Chez la personne âgée elle touche plus volontiers les racines L3 et L4 et les hernies discales sont moins fréquentes que les sténoses foraminales. L'imagerie (IRM) n'est utile qu'en cas d'évolution défavorable, pour planifier une intervention ou lors de déficit neurologique sévère.

**Les lombalgies communes chroniques**

C'est donc un diagnostic d'exclusion lors d'un syndrome lombovertébral. L'imagerie n'a alors aucun intérêt ; elle aggrave même le pronostic ! Ce qui compte c'est la reconnaissance et le traitement des facteurs de risque de chronicité, majoritairement les facteurs psychologiques tels la kinésophobie, le catastrophisme, l'anxiété ou la dépression (12).

**Traitement de la lombalgie commune chronique**

Quel que soit l'âge, le traitement est long et difficile (2). Il est indispensable de tenir un discours rassurant, s'adressant aux peurs et aux représentations spécifiques de chacun. Les objectifs de traitement doivent être focalisés sur l'amélioration des capacités fonctionnelles et le renforcement des capacités d'autogestion (coping). Il est important de faire comprendre l'importance du mouvement pour la bonne santé des muscles, des articulations et des disques, tous les phénomènes dégénératifs étant accentués avec le repos ! C'est bien la qualité du fonctionnement musculaire (et pas l'imagerie) qui différencie une personne asymptomatique d'un patient lombalgique.

Une physiothérapie active (exercices de proprioception, d'étiements, de renforcement, de coordination) doit absolument être au centre du traitement. La thérapie manuelle peut venir en complément, les massages sont peu utiles. L'ergothérapeute est utile pour repérer les embûches principales dans les activités de la vie quotidienne et aider la mobilisation en luttant contre la peur du mouvement (kinésiophobie).

Les médicaments sont peu efficaces. Le paracétamol peut-être associé à de petites doses de tramadol. Les AINS ont une toxicité augmentée dans cette population tout comme les myorelaxants (risque de chute). Les opiacés sont prescrits avec parcimonie toujours en définissant un objectif thérapeutique fonctionnel. Si celui-ci n'est pas atteint, le traitement est stoppé. La duloxetine et la venlafaxine sont parfois utiles. Les infiltrations épidurales sont inutiles.

Selon l'intrication d'éléments psychologiques, il est difficile d'obtenir une amélioration clinique sans une prise en charge spécialisée, de préférence avec un spécialiste ayant de bonne connaissance des phénomènes de douleurs chroniques. Les approches cognitivo-comportementales sont les mieux étudiées et sont efficaces.

Enfin d'autres approches tels que l'acupuncture, le Tai-Chi, l'auto-hypnose, ont également à leur actifs des études favorables et elles peuvent apporter un complément intéressant à la prise en charge.

La prise en charge de patients souffrant de lombalgies communes chroniques invalidantes doit souvent se faire en multidisciplinaire pour être efficace. S'il n'est pas indispensable que ces thérapeutes travaillent dans le même centre, il est par contre indispensable qu'ils aient une très grande homogénéité de message sinon le risque d'un échec thérapeutique est décuplé.

**Dr Beatriz Pozuelo Moyano**

**Dr Stéphane Genevay**

Service de rhumatologie  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
26, Av Beau-Séjour, 1206 Genève  
stephane.genevay@hcuge.ch

**+ Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**+ Références :**

sur notre site internet : [www.medinfo-verlag.ch](http://www.medinfo-verlag.ch)

**Messages à retenir**

- ◆ La lombalgie est le problème de santé le plus prévalent en Suisse
- ◆ Différencier les lombalgies non spécifiques des spécifiques est important pour établir un diagnostic et introduire le traitement adéquat
- ◆ Le traitement de la lombalgie commune chronique doit être adapté à l'importance du retentissement fonctionnel et toujours centré autour de la reprise d'activité

**Références**

1. Aggarwal R et al. Distinctions between diagnostic and classification criteria? *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2015;67: 891-7
2. Balagué F et al. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012;379:482-91
3. Scheele J et al. Course and prognosis of older back pain patients in general practice: a prospective cohort study. *Pain* 2013;54:951-7
4. Brinjikji W et al. MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJNR Am J Neuroradiol* 2015;36:239-9
5. Vogt TM et al. Vertebral fracture prevalence among women screened for the Fracture Intervention Trial and a simple clinical tool to screen for undiagnosed vertebral fractures. Fracture Intervention Trial Research Group. *Mayo Clin Proc* 2000;75:888-96
6. Ciftdemir M et al. Tumors of the spine. *World J Orthop* 2016;7:109-16
7. Rosselet A, Ketter N. [Multiple myeloma]. *Rev Med Suisse* 2007;3:695-700
8. Faundez A, Genevay S. [Adult scoliosis: a misknown etiology of low back pain in the elderly population]. *Rev Med Suisse* 2010;6:1358-60
9. Le Huec JC et al. Evidence showing the relationship between sagittal balance and clinical outcomes in surgical treatment of degenerative spinal diseases: a literature review. *Int Orthop* 2015;39:87-95
10. Redmond JM et al. The hip-spine syndrome: how does back pain impact the indications and outcomes of hip arthroscopy? *Arthroscopy* 2014;30:872-81
11. Genevay S et al. [Lumbar spinal stenosis: clinical course, pathophysiology and treatment]. *Rev Med Suisse* 2012;8:585-6
12. Keel O et al. Prévenir la chronification des lombalgies non spécifiques. *Forum Med Suisse* 2007;7:514-519