

Lombalgie : l'atteinte inflammatoire

Plus rares que les lombalgies mécaniques ou communes, les lombalgies inflammatoires souffrent d'un retard au diagnostic. Il est essentiel d'évoquer la possibilité d'une atteinte inflammatoire, en particulier chez les patients de moins de 40 ans.

DR FRÉDÉRIC JACQ*, PARIS

1. Il est essentiel, devant la survenue de lombalgies, d'évoquer la possibilité d'une atteinte inflammatoire, qui concernerait une personne sur vingt. Cette atteinte s'inscrit dans le cadre d'un rhumatisme de type spondylo-arthropathie, anciennement dénommée spondylarthrite ankylosante, entité à laquelle se rattachent le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, et les entérocolopathies (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique).

2. La qualité et la rapidité de la prise en charge influencent le handicap futur éventuel, il est essentiel de poser un diagnostic précoce. Or, le retard de diagnostic pour ce type d'affection est de sept ans en moyenne, avec un coût majeur pour la qualité de vie des patients mais également pour la société, avec l'incapacité pour le lombalgique de maintenir une activité professionnelle.

3. Les patients doivent systématiquement être interrogés sur le calendrier de leur douleur. Les lombalgies inflammatoires ne sont pas plus fortes à l'effort, elles s'améliorent au cours de la journée mais se réveillent, et réveillent souvent le patient au milieu de la nuit. Au lever, ces patients ne se sentent pas mieux qu'au coucher et doivent faire un « dérouillage » qui dure au moins trente minutes. Ces caractéristiques sont très différentes des lombalgies purement mécaniques et sont d'autant plus évidentes que le patient est jeune puisqu'elles apparaissent en général entre 15 et 30 ans.



Radio de face : atteintes caractéristiques de spondylo-arthropathie avec fusion interépineuse.
Radio de profil : mise au carré des vertèbres avec syndesmophytes.

REV PRAT, OCTOBRE 2012

4. Le siège pourra orienter lorsque la douleur est localisée à la fesse en regard des articulations sacro-iliaques, avec des sciatalgies parfois à bascule. Des antécédents familiaux seront systématiquement recherchés : spondylarthrite, rhumatisme psoriasique...

5. L'examen clinique notera l'absence de signe discal, de syndrome rachidien, de signe de Lasègue, de déficit de la force segmentaire. Il n'existe pas de fièvre ni d'argument pour un syndrome infectieux. Toutefois, la distinction avec les lombalgies communes n'est pas toujours aisée, et les données de l'examen clinique devront être corrélées à l'évolution, aux signes associés et aux résultats des examens complémentaires.

6. Les signes associés sont le gonflement d'une articulation (par exemple, le genou), une oligo-arthrite asymétrique, des talalgies, des douleurs sternales, un psoriasis, une uvéite, des diarrhées, une urétrite, une altération de l'état général...

7. Un syndrome inflammatoire biologique doit être recherché, souvent très discret, avec un taux de CRP autour de 10 mg/l. La recherche de l'antigène HLA-B27 n'est pas systématique. En effet, sa présence n'affirme pas à elle seule le diagnostic de lombalgie inflammatoire, et son absence n'exclut rien. En outre, cet examen n'est pas remboursé en pratique de ville. Le résultat est positif dans environ 50 % des cas.

8. La pratique de radiographies standard comporte un cliché de bassin de face, du rachis lombaire de face et de profil, la charnière dorsolombaire. La réalisation d'un scanner ou d'une IRM centrée sur les sacro-iliaques est utile pour rechercher de discrets signes inflammatoires ou des érosions débutantes. Une IRM du rachis lombaire intéressante la charnière dorsolombaire complètera l'imagerie.

9. Dans la spondylo-arthropathie, l'objectif du traitement est le contrôle des poussées inflammatoires, la lutte contre les douleurs et l'enraidissement, le maintien de la capacité fonctionnelle.

10. La prise en charge associe l'éducation du patient (lutte contre l'enraidissement), l'arrêt du tabac, la rééducation, les Ains. Le traitement de fond par méthotrexate, léflunomide ou salazopyrine a peu d'action sur les formes axiales. Les anti-TNF alpha sont utilisés en cas d'échec des traitements précédents.

RÉFÉRENCES :

Dougados M, et al. Cohorte Desir. *Revue du Rhumatisme* 2011;78:446-52.
Saraux A. Spondylarthrite ankylosante. *Rev Prat Med Gen* 2012;26(890):765-6.

* Le Dr Frédéric Jacq déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.