

Éléments essentiels de l'entrevue et de l'examen

par Simon Tinawi

Monsieur A.B., Madame C.D., Monsieur E.F. et Monsieur G.H. vous consultent tous pour des douleurs lombaires. Représentent-ils un dilemme ou un défi ?

LES MÉDECINS appréhendent souvent la rencontre avec des patients ayant des maladies complexes ou obscures, alors qu'ils sont à l'aise pour traiter des maladies communes ou reconnues. La lombalgie, un motif fréquent de consultation, fait pourtant partie des problèmes de santé devant lesquels certains médecins sont plus hésitants.

La solution à ce paradoxe passe par l'acquisition d'une méthode d'évaluation simple. Pour aller au-delà du seul symptôme qu'est la douleur, il importe de procéder de façon systématique à l'entrevue et à l'examen physique, tout en cherchant des signes objectifs bien établis et reconnus.

La collecte et l'interprétation des éléments essentiels à l'entrevue et à l'examen physique permettent, dans la très grande majorité des cas, de poser un diagnostic clinique solide. Elles sont suffisantes pour exclure du diagnostic les affections sérieuses ou malignes.

Entrevue

L'art de l'entrevue est de savoir écouter. Et pour bien écouter, il faut du temps. L'attitude du médecin est de première

Le Dr Simon Tinawi, spécialiste en médecine de réadaptation, est professeur adjoint du Centre universitaire de santé McGill et membre actif du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, à Montréal.

importance, puisqu'elle permet à la personne souffrante de sentir qu'elle est entendue, comprise et respectée. Il est important que le médecin regarde son patient en face et lui dise « Je vous écoute... ». Il doit lui porter attention réellement, sans l'interrompre, pour comprendre ce que le patient dit, souvent simplement, parfois entre les lignes, en exprimant comment il perçoit et décrit sa douleur dans ses mots. L'écoute permet au médecin traitant de reconnaître son patient comme une personne, dans toute sa globalité, et de comprendre les multiples facettes de sa souffrance.

L'art de l'entrevue consiste aussi à procéder de façon systématique. La fiche de prise en charge d'un patient présentant une lombalgie vous aide à obtenir des précisions essentielles à l'anamnèse et vous permet de déceler les signes d'alarme d'une lésion grave.

Éléments importants de l'anamnèse

Âge. Le facteur pronostique des personnes de plus de 55 ans est plus défavorable (risque de chronicité). À cet âge, les douleurs lombaires peuvent constituer un symptôme d'une lésion grave (néoplasique) ou alors, chez la femme ménopausée, un tassement vertébral. Chez les jeunes adultes, on trouve habituellement une atteinte mécanique liée aux sports ou aux travaux manuels.

Profession. Il importe de déterminer les gestes professionnels

La collecte et l'interprétation des éléments essentiels à l'entrevue et à l'examen physique permettent, dans la très grande majorité des cas, de poser un diagnostic clinique solide. Elles sont suffisantes pour exclure du diagnostic les affections sérieuses ou malignes.

L'art de l'entrevue consiste aussi à procéder de façon systématique. La fiche de prise en charge d'un patient présentant une lombalgie vous aide à obtenir des précisions essentielles à l'anamnèse et vous permet de déceler les signes d'alarme d'une lésion grave.

les plus fréquents et les contraintes ergonomiques. Certains secteurs de travail comportent plus de risques de récives (construction, soins de la santé, etc.).

Activités sportives et forme physique. L'activité physique et les sports ont généralement un effet protecteur contre les affections lombaires, sous réserve de certaines activités extrêmes ou de sports vigoureux pratiqués dans des conditions défavorables.

Antécédents médicochirurgicaux. Les antécédents de lombalgie ou d'opération à la colonne lombaire, notamment ceux qui sont survenus durant l'année précédant l'épisode actuel de lombalgie, sont des éléments essentiels à recueillir. Il ne faut pas négliger d'interroger le malade sur ses antécédents (néoplasie, tuberculose, ulcère gastrique, dépression, anévrisme de l'aorte, etc.). Les résultats des traitements d'épisodes antérieurs vous éclairent : une réaction très favorable à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens indique habituellement un trouble inflammatoire. Les tractions mécaniques ou manuelles, lorsqu'elles sont très bénéfiques, orientent plutôt vers un problème discal ou un conflit discoradiculaire.

Douleur

L'analyse sémiologique de la douleur lombaire s'effectue en insistant sur les points suivants :

Mécanisme de production. Quel mouvement a déclenché les symptômes ? Il est habituellement reconnu que les mouvements de flexion sont associés à des problèmes de disques, alors que les mouvements d'hyperextension sont plutôt liés à une atteinte des facettes articulaires postérieures. Cependant, les douleurs lombaires causées par des mouvements de flexion et d'extension ne sont pas exclusivement tributaires respectivement des disques ou des facettes. En effet, ces mouvements sollicitent les muscles paralombaires et, dans certains cas, provoquent l'apparition de douleurs myofasciales. Les mouvements de rotation sollicitent essentiellement la charnière dorsolombaire, qui est responsable de douleurs dans la région lombaire et la fosse iliaque ipsilatérale.

Caractère de la douleur. Il est important de préciser le type

de douleur (brûlure, coup de poignard, déchirure). La sensation de brûlure est souvent associée à une irritation des branches sensitives, tandis que celle d'un coup de poignard qui transperce l'abdomen de bord en bord peut être l'indication d'un ulcère gastrique perforé ou d'une atteinte pancréatique.

Origine et trajet de la douleur. Demandez au patient l'origine de la douleur et son irradiation. Demandez-lui de les dessiner en lui procurant un schéma anatomique simplifié.

Horaire. La raideur matinale prolongée indique un processus inflammatoire, alors qu'un dérouillage matinal d'une dizaine de minutes est plutôt d'origine mécanique. Dans la plupart des cas, la douleur diminue en matinée et augmente en fin de journée. Les douleurs nocturnes, surtout celles en décubitus dorsal, évoquent une cause non mécanique (ex. : lésion néoplasique, sténose spinale grave).

Échelle visuelle ou analogique de la douleur. La caractérisation sur une échelle de 0 à 10 est une manière objective de suivre la perception douloureuse des patients. Elle peut être utilisée de façon régulière afin de suivre l'évolution clinique.

L'anamnèse permet aussi de faire préciser les facteurs qui modifient la douleur lombaire.

Posture. En station assise, la pression intradiscale est supérieure à celle en position debout. Chez les personnes souffrant d'hyperlordose ou d'obésité ou encore présentant une hypermobilité articulaire, la station debout peut exacerber des symptômes d'origine facettaire.

En station couchée, la pression intradiscale est habituellement moindre. Les douleurs qui apparaissent après une station couchée prolongée peuvent provenir des facettes articulaires ou même des muscles de la ceinture lombopelvienne. Ces douleurs nocturnes sont habituellement soulagées par le changement de position, alors qu'une douleur d'origine néoplasique ne l'est pas.

Au cours de l'anamnèse, vous devez insister sur l'**existence de signes neurologiques**, notamment sur la présence de parésie ou de paresthésie des membres inférieurs.

Parésie. Il est rare d'observer une paralysie complète, car

Une hypoesthésie en selle ou une atteinte sensitive de la région périnéale peut indiquer un syndrome de la queue de cheval. Il devient alors primordial de diriger le patient en neurochirurgie de toute urgence.

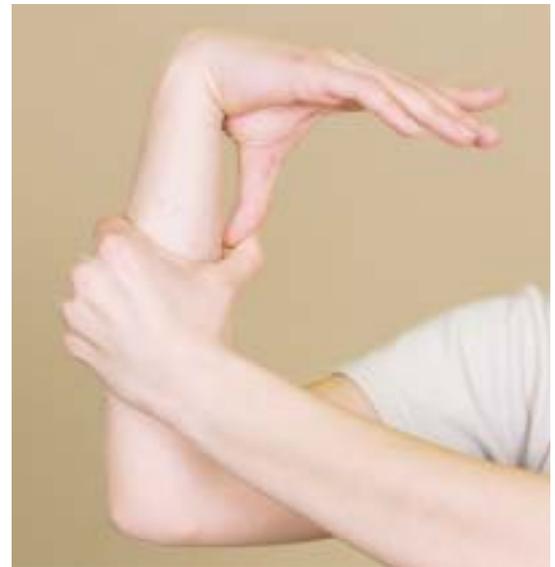
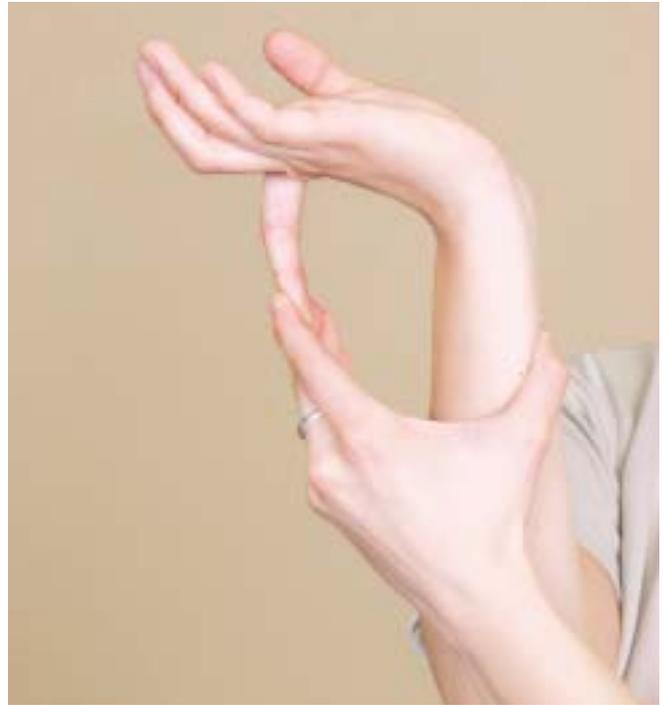


Photo 1. Hypermobilité ligamentaire

les muscles des membres inférieurs ont habituellement une innervation bi- ou triradiculaire. On peut retrouver une faiblesse des muscles tributaires de la racine nerveuse lésée.

Paresthésie. Les sensations de paresthésie sont localisées habituellement dans le dermatome de la racine lombaire touchée. Une hypoesthésie en selle ou une atteinte sensitive de la région périnéale peut indiquer un syndrome de la queue de cheval. Il devient alors primordial de diriger le patient en neurochirurgie. Il s'agit d'une urgence médicale.

Incontinence urinaire. Là encore, il s'agit d'un symptôme majeur qui doit vous faire penser à la possibilité d'une atteinte de la queue de cheval ou du cône médullaire. Ce symptôme doit toujours vous inciter à inclure la région

périnéale dans votre examen neurologique.

Claudication neurogène. Cette condition se retrouve surtout chez les personnes âgées et se manifeste par des douleurs et des crampes aux mollets lors de la marche. Le patient est soulagé par la flexion du rachis ou lorsqu'il est assis. Ce symptôme évoque une sténose spinale.

Enfin, l'anamnèse doit porter sur **la perception qu'a le malade de son état et de son potentiel de récupération**, sur ses craintes, sur les séquelles de son affection en termes d'employabilité et d'indépendance fonctionnelle, ainsi que sur son état psychologique. Ces éléments doivent être réévalués régulièrement si l'état général du patient n'évolue pas comme il le devrait.

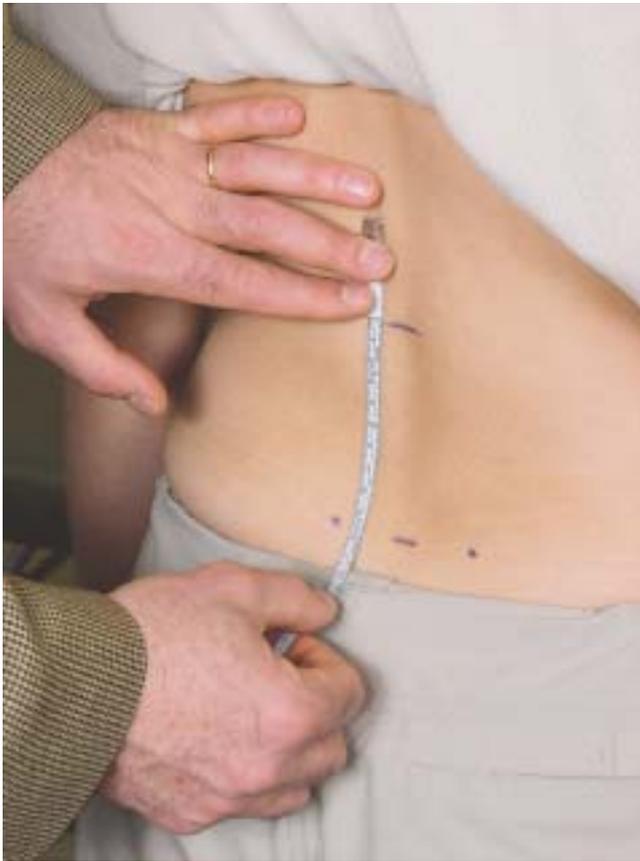


Photo 2. Épreuve de Schöber 15-10



Photo 3. Épreuve de Schöber modifiée



Photo 4. Épreuve de Schöber : mesure en flexion

Examen physique

L'examen physique doit être systématique. Le patient sera examiné successivement debout, assis, couché sur le dos, puis en travers de la table si l'on fait un examen segmentaire.

Examen du patient en station debout

Y a-t-il des anomalies posturales du rachis? Y a-t-il cyphose et lordose exagérées, scoliose qui peut être structurale ou due à une attitude antalgique? À noter, l'obésité et le déconditionnement physique du caisson abdominal contribuent à la lombalgie.

L'hypermobilité ligamentaire est une condition personnelle pouvant parfois expliquer des douleurs lombaires ou des récurrences fréquentes. La recherche d'amplitudes articulaires supraphysiologiques s'observe aux deux coudes, aux deux pouces, aux articulations métacarpo-phalangiennes des deux mains et pendant la manœuvre doigt-sol (distance: zéro centimètre) (photo 1). Ces personnes ne nécessitent pas d'exercices d'assouplissement en phase aiguë, mais d'emblée un programme de renforcement.

Assurez-vous qu'une jambe n'est pas plus courte que l'autre. Il s'agit de vérifier, d'une part, l'équilibre horizontal du bassin en palpant les crêtes iliaques du bord radial des deux paumes de la main et, d'autre part, la symétrie des plis fessiers.

Rythme lombopelvien. Lorsque le patient se penche vers l'avant, on devrait normalement observer de profil successivement : une bascule du bassin autour des deux articulations coxofémorales, un début de délordose lombaire, suivi de la cyphose lombodorsale. Une délordose qui commence très tôt, et augmente ainsi la pression discale lombaire, peut témoigner d'une raideur des ischiojambiers.

L'indice de Schöber est une mesure cutanée, témoin de la mobilité rachidienne, plus fiable que la distance doigt-sol, trop dépendante des hanches et des ischiojambiers. On trace un trait à l'intersection de la ligne des épineuses et de celle joignant les deux épines iliaques postéro-supérieures. Avec un ruban en centimètres, on trace ensuite un deuxième trait 10 cm plus haut, puis on demande au patient de se pencher au maximum vers l'avant. Chez le sujet normal, la distance entre les deux traits passe de 10 cm à 15 cm. Pour l'épreuve de Schöber modifiée, on trace une troisième ligne, 5 cm sous la ligne des épineuses. La mesure doit alors passer de 15 cm à 21 cm (*photos 2, 3 et 4*).

La marche permet d'apprécier un déficit grossier des fléchisseurs dorsaux L4-L5 (pied tombant) ou des fléchisseurs plantaires (S1). Il faut alors demander au patient de monter sur la pointe des pieds une dizaine de fois, alors qu'il est en appui unipodal. C'est souvent le seul signe fiable objectif d'une faiblesse du triceps sural (S1).

Examen du patient assis

Le médecin évalue successivement les réflexes ostéotendineux, le réflexe rotulien pour la racine L4 et achilléen pour la racine S1, puis le réflexe cutané plantaire. La cotation se fait habituellement sur une échelle de 0 à 4 : 0/4 absence de réflexe, 1/4 réflexe affaibli, 2/4 réflexe normal, 3/4 réflexe augmenté et 4/4 réflexe très vif, avec clonus.

La **manœuvre du tripode** est une mise en tension radiale du nerf sciatique. Elle consiste à étendre la jambe

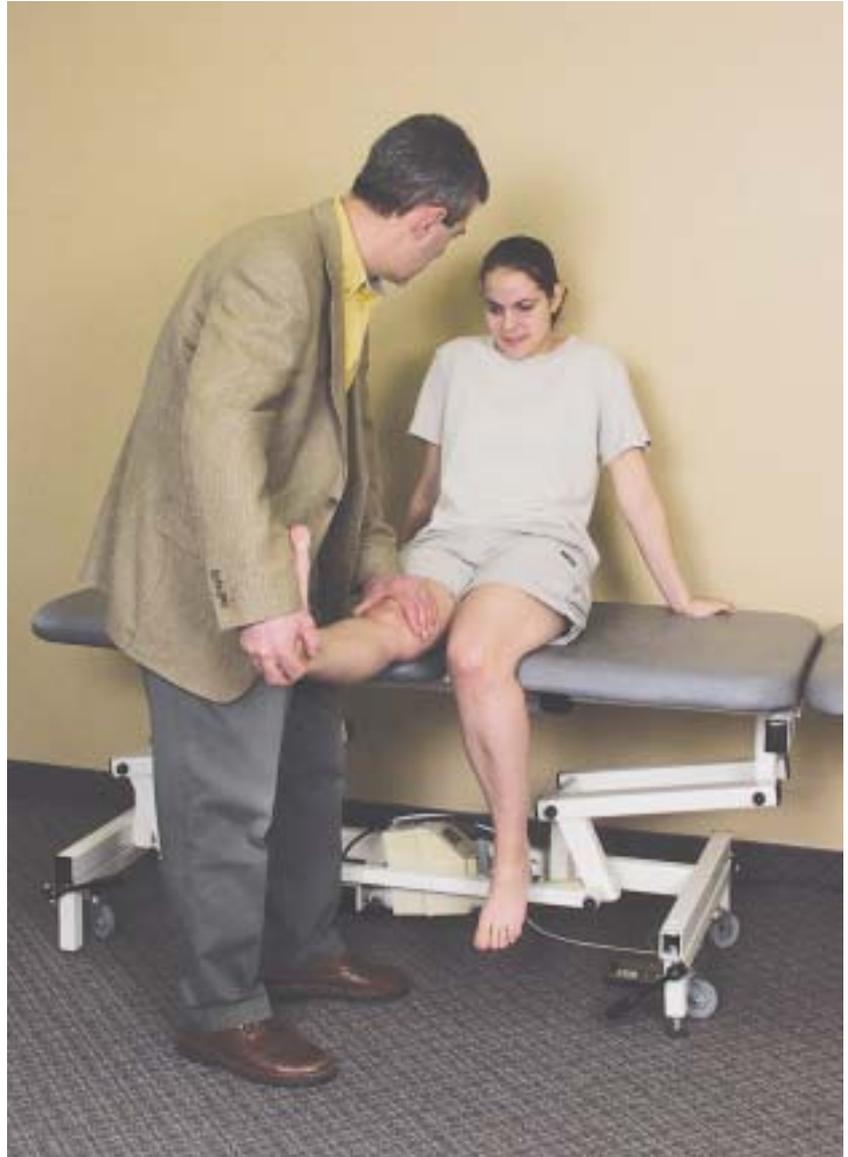


Photo 5. Manœuvre du tripode

du malade assis. En présence d'irritation dure-mérienne, le malade basculera son tronc vers l'arrière et s'accotera au bord de la table, créant ainsi une triple assise (les deux mains et les fesses), d'où le nom de tripode. Le tripode se calcule en degrés (90 degrés étant l'extension complète du genou) pour indiquer le niveau d'extension auquel la douleur apparaît dans la jambe (*photo 5*) en présence d'irritation dure-mérienne.

Examen du patient couché sur le dos

La **manœuvre de Lasègue** est une manœuvre de mise

Photo 6. Manœuvre de Lasègue



en tension radriculaire du nerf sciatique. Elle consiste à fléchir la hanche à 90 degrés, puis à tendre le genou. Elle se rapproche de l'épreuve de la jambe tendue (*straight-leg raising*) qui consiste à lever lentement le pied, le genou restant en extension. Dans un angle de 30 à 70 degrés, cette manœuvre étire le nerf sciatique, surtout les racines L5 et S1. Il faut distinguer une raideur des ischiojambiers d'une irradiation radriculaire (localisation au mollet surtout et à la cuisse). Elle correspond habituellement à un conflit discoradriculaire. L'état du patient d'une consultation à l'autre donne de bonnes indications de son évolution (*photo 6*).

Le médecin évalue ensuite la sensibilité des différents dermatomes, recherchant une hypoesthésie au niveau des dermatomes L4-L5-S1 : l'hypoesthésie L4 au genou et à

la face interne du mollet jusqu'à la malléole interne ; l'hypoesthésie L5 à la face antérieure et externe de la jambe et jusqu'aux premier et deuxième orteils ; l'hypoesthésie S1 à l'arrière du mollet, à la malléole externe et à la plante du pied. On explore la sensibilité tactile au doigt ou avec un coton, ainsi que la sensibilité à la douleur par piqûre. Il ne faut jamais écarter la possibilité d'une hypoesthésie en selle à la région périnéale, témoignant d'un syndrome de la queue de cheval.

On évalue la **force motrice** sur une échelle de 0 à 5. La force musculaire doit être évaluée dans plusieurs muscles d'un même myotome :

- L3 : adducteurs et quadriceps ;
- L4 : jambier antérieur et quadriceps (*photo 7*) ;
- L5 : pédieux, péroniers, dorsiflexion du premier orteil (*photo 8*) et moyens fessiers, marche sur les talons (*photo 9*) ;
- S1 : triceps sural et grands fessiers, marche sur le bout des pieds (*photo 10*).

Examen du patient en décubitus ventral

La **manœuvre d'Ely** (aussi appelée manœuvre de Lasègue inversée) entraîne une mise en tension du nerf fémoral. L'examineur fléchit lentement la jambe sur la cuisse. S'il n'y a pas de mise en mouvement du rachis lombaire, une douleur à la face antérieure de la cuisse peut signifier une atteinte radriculaire au niveau de L3 (*photo 11*).

Examen segmentaire

L'examen segmentaire vertébral consiste à rechercher un ou plusieurs segments vertébraux douloureux. Il est préférable que le patient soit couché sur le ventre en tra-

Au cours de la manœuvre de Lasègue, beaucoup de patients ressentent une douleur dans les ischiojambiers. Seule la douleur sur le trajet du nerf sciatique jusqu'au mollet correspond à la présence d'un signe de Lasègue et à une forte probabilité de conflit discoradriculaire.



Photo 7. Examen moteur L4 : quadriceps



Photo 8. Examen moteur L5 : dorsiflexion du premier orteil



Photo 9. Examen moteur L5 : marche sur les talons



Photo 10. Examen moteur S1 : marche sur le bout des pieds

vers de la table, les bras le long du corps et bien détendu. Cette position favorise une délordose de la région lombaire et, ainsi, une meilleure appréciation de chacun des segments vertébraux. Pour identifier le niveau vertébral, rappelons que la tangente aux crêtes iliaques correspond

habituellement à l'espace intervertébral L4-L5.

Examen des articulations

Articulations sacro-iliaques. Ces articulations peuvent être source de douleurs lombosacrées. Plusieurs manœuvres,



Photo 11. Manœuvre d'Ely



Photo 12. Manœuvre de Fabere pour l'articulation sacro-iliaque

dont celles de Piedalu, de Gaenslen et de Fabere (photo 12), permettent d'apprécier les articulations sacro-iliaques. Plus les manœuvres sont nombreuses à réveiller une douleur à cet endroit, plus elles sont spécifiques.

Cas cliniques

Cas de Monsieur A.B.

La douleur du patient est apparue au cours d'un faux mouvement en déplaçant un ordinateur placé sous le bureau d'un client. Elle augmente lorsque le patient fait des mouvements d'extension et de torsion et irradie à la fesse droite. Il n'y a pas de symptômes neurologiques.

L'examen physique révèle :

- une douleur ou une limitation en extension/rotation droite ;
- une souffrance segmentaire à l'examen de T12-L1 droit ;
- une sensibilité de la musculature paravertébrale droite ;
- la possibilité d'une cellulalgie à la région de la crête droite ;
- la possibilité d'un point de crête à droite ;
- la possibilité d'une cellulalgie à la région de la fosse iliaque et inguinale droite (atteinte du rameau cutané de la branche antérieure du nerf spinal de T12/L1) ;
- la possibilité d'une contracture des muscles abdominaux droits (atteinte du rameau moteur de la branche antérieure du nerf spinal de T12/L1).

Cas de Madame C.D.

Le motif de consultation est une douleur lombaire irradiant au mollet gauche. La douleur augmente en toussant et est apparue après un effort physique important.

L'examen physique révèle :

- une limitation des amplitudes articulaires en flexion ;
- une diminution du rythme lombopelvien ;
- un indice de Schöber diminué (13/10) ;
- une manœuvre de Lasègue asymétrique, le côté gauche étant douloureux à 60 degrés d'élévation ;
- un signe du tripode gauche vers 70 degrés ;
- un examen segmentaire douloureux en L4-L5 gauche ;
- l'absence de myalgie ou de syndrome myofascial des carrés des lombes ou des petits fessiers ;
- une diminution de la force (long extenseur du gros orteil, péroniers, moyens fessiers) ;
- une diminution de la sensibilité (face externe de la jambe gauche et premier et deuxième orteils gauches).

Cas de Monsieur E.F.

À l'anamnèse, nous apprenons que le patient ressent des douleurs lombaires en jardinant et en jouant au golf, ainsi que des douleurs nocturnes. À la revue des systèmes, vous reprenez la perte de poids et un syndrome de fatigue

progressive. En l'absence d'antécédents de traumatisme, de faux mouvement, etc., vous devez penser à un diagnostic de lombalgie non mécanique.

L'examen lombaire révèle :

- des amplitudes articulaires normales ;
- un examen neurologique normal ;
- un rythme lombopelvien légèrement perturbé ;
- un indice de Schöber normal ;
- un examen segmentaire douloureux à L3-L4 sans autres manifestations objectives d'irritation des branches antérieures ou postérieures.

Le toucher rectal, très important dans ce cas, met en évidence une prostate hypertrophique avec induration de tout le lobe droit.

Cas de Monsieur G.H.

L'entrevue confirme une longue histoire de lombalgie dans le passé. Le patient nous indique que la douleur irradie aux deux fesses et aux deux cuisses. Il n'y a pas de signes neurologiques. La lésion est attribuable à une chute pendant que le patient déneigeait les trottoirs trois jours auparavant.

L'examen de ce patient est très important. Le médecin devra distinguer entre une entorse lombaire (où les signes objectifs se limitent à la présence de tensions ou de spasmes musculaires dans les muscles touchés, avec secondairement une limitation volontaire des amplitudes articulaires du segment vertébral concerné) et une condition discale exacerbée (où les signes objectifs sont plus étalés avec, par exemple, présence de souffrance segmentaire précise, de spasme musculaire, de déviation ou de limitation involontaire des amplitudes articulaires du segment vertébral concerné et de signes dure-mériens.)

À l'examen physique :

- Une douleur segmentaire multiétagée ne veut pas dire qu'il y a souffrance segmentaire à chacun des niveaux.
- Une limitation articulaire dans toutes les directions n'est pas nécessairement due à un spasme involontaire.
- Les manœuvres de mise en tension radiculaires (tripode, Lasègue) doivent être concordantes et reproduire des douleurs de type sciatique, surtout au mollet et aussi à la cuisse.
- L'examen neurologique demeure la pierre angulaire pour confirmer toute atteinte neurologique attribuable à un conflit discoradiculaire.
- Les autres facteurs (déconditionnement, obésité, relâ-

S U M M A R Y

Key elements of medical history and physical examination. Key elements to be considered in the medical history taking and physical examination of low back pain patients are discussed.

A systematic approach enables the physician to rule out serious underlying conditions, and determine "red flags" conditions as defined in clinical practice guidelines.

The following key factors should be taken into account in the patient's history: age, type of employment, physical activities, previous low back pain problems, localising the pain area, degree of intensity, motor weakness and numbness.

The physical examination should be methodical with the patient in different postures: standing up, sitting and lying down, and should include measuring range of motions, straight leg raising, motor and sensitivity testing, sacroiliac joints.

Article ends with the clinical findings relative to four fictitious patients with different conditions. Each case history and evolution serves as a link between the five articles of this series.

Key words: low back pain, medical history, physical examination, clinical practice guidelines, red flags

chement musculaire) doivent aussi être recherchés et décrits.

Vous trouverez dans l'article suivant la confirmation des diagnostics que vous avez sans doute déjà posés. ☞

Date de réception : 29 avril 2003

Date d'acceptation : 12 juillet 2003

Mots clés : lombalgie, anamnèse, examen, guide de pratique clinique, signes d'alarme.

Bibliographie

1. Hoppenfield S. *Physical examination of the spine and extremities*. Appleton-Century-Crofts, 1976.
2. Beighton P. *Clinical features of hypermobility of joints*. Berlin : Springer-Verlag; 1983 : p. 45-60.
3. Travell JG, Simons DG. *Myofascial pain and dysfunction : The trigger point manual*. Baltimore : Williams & Wilkins; 1999.
4. Dupuis M, Leclaire R. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. Saint-Hyacinthe : Édisem ; 1986.