

Quatre patients différents... une même approche

par Alain Neveu et Claude Saucier

Quel est votre diagnostic pour chacun des quatre patients dont les signes et symptômes ont été présentés à la fin de l'article précédent ? Quelle approche thérapeutique favorisez-vous pour chacune de ces personnes au cours de cette première consultation ?

Que dites-vous à ces personnes au sujet de leur douleur ?

Que leur recommandez-vous ?

LE RÔLE PRIMORDIAL du premier médecin à voir un patient souffrant de lombalgie est d'éliminer la possibilité d'une lésion grave nécessitant une consultation rapide auprès d'un spécialiste. Ces lésions sont de quatre ordres : une fracture du rachis, un syndrome de la queue de cheval pour lequel une décompression chirurgicale urgente s'impose, une infection osseuse ou une lésion tumorale¹.

Heureusement, de telles lésions sont exceptionnelles. Les chirurgiens orthopédistes et les neurochirurgiens voient rarement plus d'un cas de syndrome de la queue de cheval par année chacun ! La vaste majorité des maux de dos que nous tous, omnipraticiens, rencontrons dans notre pratique quotidienne sont plutôt des lésions dites méca-

niques, dont l'origine peut être ligamentaire, discale, facettaire ou musculaire.

L'article précédent du D^r Tinawi démontre que l'anamnèse et l'examen physique suffisent pour permettre au médecin de jouer son rôle le plus important, soit celui de reconnaître les patients susceptibles de présenter une de ces lésions graves.

La fiche de **prise en charge d'un patient présentant une lombalgie**, préparée à votre intention par la FMOQ, énumère clairement les signes d'alarme dont il faut tenir compte. En l'absence de ces derniers, l'omnipraticien assume son autre rôle essentiel, soit celui de rassurer, de soulager, d'expliquer et d'activer. Il assure aussi le suivi.

Monsieur A.B.

La fiche reproduite à l'annexe 1 reprend les éléments de l'anamnèse et de l'examen décrits à la fin de l'article précédent. Le patient ressent une douleur lombaire qui irradie à la fesse droite et augmente davantage à l'extension qu'à la flexion, mais surtout au cours des mouvements de rotation du tronc. La douleur n'est modifiée ni par la toux

Le D^r Alain Neveu, omnipraticien et conseiller en médecine du travail, exerce au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, à Montréal. Le D^r Claude Saucier, secrétaire-général de la FMOQ et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval, exerce à la Cité de la Santé de Laval ainsi qu'à la Polyclinique médicale Concorde.

L'anamnèse et l'examen physique suffisent pour reconnaître les patients susceptibles de présenter une lésion grave. En l'absence de signes d'alarme, l'omnipraticien assume son autre rôle essentiel, soit celui de rassurer, de soulager, d'expliquer et d'activer. Il assure aussi le suivi.

ni par la défécation et ne s'accompagne pas de parésie ni de paresthésie. Il y a deux ans, le patient avait ressenti une première douleur lombaire qui était disparue en une semaine. L'examen révèle surtout une douleur dorsolombaire à la palpation segmentaire, sans signe d'irritation radiculaire. L'examen neurologique sommaire ne révèle rien d'anormal.

À l'anamnèse, l'élément le plus significatif est la description que le patient a fait de sa posture au moment de l'effort : son corps était fléchi avec rotation du tronc. La douleur augmente surtout en rotation, ce qui laisse croire à un problème circonscrit à la charnière dorsolombaire. Le diagnostic le plus probable est donc celui d'une entorse dorsolombaire, ce que l'examen physique confirme.

Il faut se souvenir qu'une blessure survenue en rotation du tronc peut aussi produire un autre type de lésion, soit une déchirure de l'anneau fibreux d'un disque produite par l'effet de cisaillement et de compression du disque, avec hernie discale secondaire. En phase aiguë d'une atteinte discale, la douleur est souvent plus forte à la flexion qu'à l'extension du tronc, puisque la flexion comprime davantage le segment antérieur du rachis. Dans le présent cas, Monsieur A.B. dit être incommodé davantage au moment de l'extension que de la flexion du tronc, ce qui diminue la possibilité d'une hernie discale et renforce le diagnostic clinique probable d'entorse dorsolombaire. Aucune radiographie du rachis n'est donc nécessaire.

Madame C.D.

Cette infirmière auxiliaire de 45 ans souffre d'une lombalgie irradiant à l'arrière de la cuisse gauche et descendant au tiers supérieur latéral du mollet. La douleur, apparue en avant-midi la veille en aidant une patiente à passer de son lit à un fauteuil, a graduellement augmenté tout au cours de la journée et de la soirée. En un an, il s'agit du troisième épisode de lombalgie pour cette patiente, mais le tout premier de sciatalgie. Ce matin, elle a dû demander l'aide de sa fille pour sortir du lit. Après une douche chaude, qui a relâché un peu les spasmes lombaires, sa jambe la faisait souffrir davantage que son dos. Cette douleur irradiée a augmenté au moment de la défécation. Elle s'est relevée de la toilette avec peine et n'a pu se redresser complètement.

L'annexe 2 reproduit la fiche d'examen clinique de cette patiente. Les éléments importants mis en lumière par cet examen sont la boiterie et la difficulté à marcher sur les talons, la présence de signes du tripode et de Lasègue à

gauche, des réflexes normaux aux genoux et aux tendons d'Achille et une force diminuée à la dorsiflexion du premier orteil gauche. La sensibilité à l'aiguille est symétrique aux deux mollets, avec tout au plus une hésitation dans la réaction de la patiente au toucher sur le bord externe du genou gauche.

À ce stade, vous posez le diagnostic d'une atteinte radiculaire L4-L5 gauche, vraisemblablement causée par une hernie discale. En l'absence de signes d'alarme, vous estimez que les radiographies simples du rachis ne sont pas utiles, puisque les résultats ne modifieront pas, à ce stade précoce de l'évolution, votre plan de traitement pour cette patiente.

Monsieur E.F.

Cet homme de 64 ans que vous voyez pour un bilan de santé vous a mentionné avoir ressenti des douleurs lombaires en jardinant au cours de l'automne. Il précise avoir écourté sa saison de golf, car la douleur lombaire l'incommodait autant en frappant ses coups de départ qu'en conduisant sa voiturette. En réponse à votre question, il dit être réveillé par des douleurs presque toutes les nuits, surtout en décubitus dorsal. Il est peu ankylosé au lever, et la douleur n'irradie pas aux membres inférieurs.

Le bilan fonctionnel met en évidence une fatigue croissante, inhabituelle chez ce patient. Il ne présente aucun symptôme digestif, mais pense avoir perdu quelques kilogrammes au cours de la dernière année, sans diète amaigrissante. Il ne ressent aucune douleur articulaire autre que la douleur lombaire, ni aucun symptôme cardiorespiratoire. Il se lève une à deux fois par nuit pour uriner. (*Voir la fiche médicale à l'annexe 3*).

À l'examen physique, vous constatez une bonne souplesse du rachis pour son âge, mais tous les mouvements sont un peu sensibles. La percussion des apophyses épineuses L3 et L4 est douloureuse. L'examen de la prostate s'impose puisque l'âge (64 ans) et les symptômes indiqués (douleur nocturne) constituent des signes d'alarme d'une lésion pouvant être plus grave. Au toucher rectal, la prostate apparaît indurée à tout le lobe droit avec une augmentation de volume. Le reste de l'examen ne révèle rien de particulier.

Vous lui prescrivez un bilan sanguin de base, comprenant un hémogramme, le dosage de l'urée, de la créatinine, de la glycémie, des électrolytes et des enzymes hépatiques (notamment des phosphatases alcalines), en plus du dosage

de la TSH et des antigènes prostatiques spécifiques (APS). Une radiographie du rachis lombaire est effectuée dans l'après-midi. Le lendemain, le radiologue vous avise par téléphone de la présence d'une lésion lytique sur le corps vertébral L4. Les résultats des analyses de laboratoire confirment la semaine suivante votre diagnostic provisoire de tumeur de la prostate, le taux d'APS étant de 17,5 µg/l. Vous revoyez votre patient et, après explications, demandez une consultation urgente en urologie.

Un mois plus tard, Monsieur E.F. vous informe qu'il a passé une échographie et des biopsies de la prostate. L'urologue lui a prescrit des médicaments antihormonaux et l'a dirigé vers un collègue radio-oncologue pour le traitement de sa tumeur. L'évaluation révélera plus tard une lésion osseuse sans trace d'autres métastases.

Monsieur G.H.

Cet homme de 47 ans, que vous rencontrez à la clinique sans rendez-vous, est tombé sur la glace trois jours plus tôt en sortant de son véhicule à chenille utilisé pour déneiger les trottoirs. Dès le début de l'entrevue, il vous indique être porteur de « trois hernies », découvertes un an auparavant par tomographie axiale et résonance magnétique, examens prescrits dès la première consultation par un médecin que lui avaient recommandé des collègues. Il vous a d'ailleurs apporté les copies de ces rapports qui montrent des hernies sous-ligamentaires à grand rayon de courbure à L3-L4, L4-L5 et L5-S1, sans sténose spinale importante ni atteinte radiculaire ou foraminale. Il a reçu des traitements de physiothérapie pour ce premier épisode de douleur lombaire pendant plus de six mois, après quoi il a repris son travail usuel de journalier, sans restriction (*Voir la fiche à l'annexe 4*).

Il est demeuré au lit au cours des trois jours précédents, ne se levant que pour aller à la toilette, comme le lui avait recommandé un premier médecin lors de l'épi-

sode précédent au cours duquel il avait été alité pendant deux semaines.

Sa douleur lombaire basse irradie aux deux fesses et au haut des cuisses. Elle augmente autant en station assise que debout, qu'avec les mouvements de flexion, d'extension ou de rotation du tronc. Le patient ne présente ni parésie ni paresthésie et n'éprouve aucune difficulté à uriner ou à aller à la selle.

À l'examen physique, la démarche est hésitante, sans boiterie franche. Une légère obésité abdominale avec affaissement de la lordose lombaire caractérise l'examen en station debout. L'amplitude de tous les mouvements du rachis est fortement réduite par la douleur. L'élévation de chaque jambe en position assise provoque un signe du tripode dès l'extension à 45 °C, avec une douleur accentuée au dos mais non à la jambe. L'examen moteur et sensitif de même que les réflexes sont normaux, sans indice de radiculopathie périphérique. La palpation des apophyses épineuses est douloureuse de D8 jusqu'à L5. Les masses musculaires paralombaires sont également douloureuses, mais sans spasme notable.

La chute sur les fesses a donc provoqué une entorse lombaire qui a rendu symptomatique une discopathie dégénérative multiétagée. Vous lui expliquez qu'il n'est pas nécessaire de reprendre les examens d'imagerie médicale, ni ceux par résonance magnétique, ni même la radiographie simple du rachis, puisque vous ne soupçonnez pas de fracture vertébrale chez cet homme de moins de 55 ans sans facteur de risque d'ostéoporose.

Que dites-vous aux trois patients souffrant d'une lombalgie mécanique au sujet de leur douleur ?

Monsieur A.B., Madame C.D. et Monsieur G.H. ont besoin avant tout d'être rassurés au sujet de leur état. Ils doivent sentir que vous comprenez bien la nature de leur

Il importe de bien souligner aux patients que l'intensité de leur douleur lombaire, qui peut être très importante les premiers jours, n'est nullement un indicateur de la gravité de leur lésion. Ils doivent aussi savoir que l'augmentation de la douleur qui accompagne certains gestes de la vie quotidienne, comme le changement de la position assise à debout ou le malaise ressenti en marchant, ne signifie pas que leur état s'aggrave.

problème et que vous êtes empathique à leur souffrance.

Il importe de bien souligner à ces trois patients que l'intensité de leur douleur lombaire, qui peut être très importante les premiers jours, n'est nullement un indicateur de la gravité de leur lésion. Ils doivent aussi savoir que l'augmentation de la douleur qui accompagne certains gestes de la vie quotidienne, comme le changement de la position assise à debout ou le malaise ressenti en marchant, ne signifie pas que leur état s'aggrave.

Si les efforts physiques importants ou le levage de charges lourdes sont à éviter au cours des premiers jours, le repos complet des patients souffrant de lombalgie n'est pas recommandé. L'alitement est même déconseillé, car il occasionne rapidement un déconditionnement physique qui prolonge la période de guérison². De plus, la reprise d'activités physiques, selon la tolérance des patients, leur permet de participer activement à leur traitement, ce qui en soi contribue à leur guérison.

Les trois patients devront prendre un médicament de type analgésique. Un anti-inflammatoire sans ordonnance, par exemple 1600 mg d'ibuprofène par jour, suffit souvent à soulager la douleur. L'acétaminophène à doses thérapeutiques constitue aussi un bon choix de départ. L'utilité des myorelaxants ne fait pas consensus. Toutefois, dans les guides de pratique clinique, on ne les déconseille pas, pour autant que les patients ne soient pas exposés à des situations qui demandent une grande vigilance, comme la conduite d'un véhicule ou l'utilisation d'outils dangereux. La même remarque s'applique aux narcotiques qui doivent parfois être utilisés au cours des premiers jours chez des patients que les médicaments courants ne soulagent pas.

Nous savons tous que les patients ne retiennent qu'une partie des renseignements que le médecin leur transmet pendant une consultation. Il importe donc de renforcer votre message en leur fournissant un aide-mémoire (brochure ou vidéocassette). Une étude britannique a bien démontré que la lecture de brochures d'information aide à ré-

duire les fausses croyances et encourage les patients à mieux se mobiliser³.

Que recommandez-vous à chacun de ces patients ?

Voici les recommandations plus spécifiques à nos trois patients.

Monsieur A.B. veut connaître les exercices qu'il peut effectuer et ceux qu'il doit éviter. Il veut aussi savoir si la physiothérapie est utile dans son cas. Vous lui expliquez que le recours à des modalités physiques passives n'est pas nécessaire à ce stade, mais que vous connaissez une clinique de physiothérapie où l'on pourra lui enseigner, en deux ou trois séances, comment maîtriser sa douleur et surtout éviter des récurrences de lombalgie. Il vous remet un formulaire d'assignation temporaire dans lequel son employeur lui propose un travail de bureau dans le cadre duquel il assurera un service téléphonique auprès des clients et pour lequel il n'aura pas à soulever d'objets lourds. Vous vous assurez auprès du patient qu'il pourra, au besoin, varier ses postures. Vous autorisez cette assignation, lui remettez une brochure et lui prêtez une vidéocassette qu'il doit vous rapporter à son prochain rendez-vous dans une semaine.

Madame C.D. a besoin pour quelques jours d'une analgésie (acétaminophène et codéine) ainsi que d'un myorelaxant à prendre au coucher. Vous lui recommandez le repos, tout en lui spécifiant de ne pas rester au lit, mais d'adopter souvent diverses postures. Vous lui expliquez qu'elle souffre probablement d'une hernie discale, en précisant que la majorité de ces lésions guérissent spontanément, sans intervention chirurgicale.

Comme elle s'occupe aussi de sa mère en perte d'autonomie, que vous soignez également, vous lui précisez qu'elle doit temporairement déléguer ses tâches à des membres de sa famille. Au moment de l'épisode précédent, vous lui aviez remis une brochure d'information qu'elle dit avoir conservée.

Le repos complet des patients souffrant de lombalgie n'est pas recommandé. L'alitement est même déconseillé, car il occasionne rapidement un déconditionnement physique qui prolonge la période de guérison. De plus, la reprise d'activités physiques, selon la tolérance des patients, leur permet de participer activement à leur traitement, ce qui en soi contribue à leur guérison.

Vous lui fixez un rendez-vous dans une semaine. La douleur lombaire a diminué, mais la sciatalgie persiste jusque sur le dessus du pied. Vous lui prescrivez des traitements de physiothérapie, auprès de physiothérapeutes formés notamment à l'approche McKenzie et qui prônent une réactivation précoce, selon les recommandations des guides de pratique⁴.

Monsieur G.H. est sans doute le patient qui nécessite le plus de temps et d'explications, puisque tout ce que vous lui dites s'oppose aux croyances qu'il a acquises lors d'un précédent épisode. Vous lui remettez une brochure ainsi qu'une vidéocassette que vous lui demandez de rapporter dans trois jours pour que vous puissiez ensemble en discuter. Vous prévoyez alors plus de temps à votre horaire.

En attendant, vous l'incitez à marcher souvent dans la maison et lui prescrivez un anti-inflammatoire. Lorsqu'il vous demande de retourner en physiothérapie, vous lui répondez que cela est prématuré, car vous souhaitez cette fois qu'il puisse bien récupérer grâce à une autre approche que vous lui exposerez la prochaine fois.

À la deuxième rencontre, trois jours plus tard, vous l'interrogez davantage sur les traitements qu'il a reçus lors du premier épisode. Il vous explique qu'il a reçu pendant six mois des traitements de physiothérapie tous les jours (chaleur, ultrasons et massages). On procédait aussi à des manipulations vertébrales une à deux fois par semaine. Cela le soulageait durant quelques heures, mais la douleur réapparaissait en fin de journée. Vous l'interrogez sur les exercices qu'il faisait à la clinique de physiothérapie et sur ceux qu'on lui recommandait de pratiquer à la maison. Aucun programme structuré d'exercices ne lui avait été recommandé. Au contraire, on lui aurait tout au plus mentionné qu'il pouvait marcher et bouger, mais qu'il devait cesser toute activité dès que la douleur se manifestait.

Vous l'informez qu'une telle méthode est contraire à toutes les recommandations des experts mondiaux en ce domaine. Vous l'envoyez en consultation dans une clinique de physiothérapie où les intervenants connaissent et appliquent les recommandations des guides de pratique et l'avisez que vous le reverrez toutes les deux semaines.

VOUS AVEZ SU, à l'aide de la fiche de prise en charge, bien déceler les lésions de chacun des quatre patients. Vous avez utilisé la même approche, c'est-à-dire que vous avez suivi les recommandations des guides de pratique pour

S U M M A R Y

Four case histories, one clinical approach. Diagnosis is discussed in understanding the type of low back pain problem in each case. Case 1: upper lumbar strain due to an effort in torsion. Case 2: typical L5 nerve root irritation with sensory and motor signs. Case 3: 64 year-old man with a single bone tumour from a prostate cancer. Red flag is identified. Case 4: lumbar strain with clear yellow flags, stemming mostly from an ill-managed previous episode, with unnecessary MRI, producing a "labelling effect".

The three mechanical low back pain problems require patient education and effective analgesia methods. Different aims of physical therapy treatments are proposed.

Key words: low back pain, initial treatment, clinical practice guidelines, activation.

diagnostiquer un cas plus grave et pour traiter les trois patients présentant une lombalgie mécanique. ☞

Date de réception : 29 avril 2003

Date d'acceptation : 11 septembre 2003

Mots clés : lombalgie, traitement initial, guide de pratique clinique, activation.

Bibliographie

1. Bigos S, Bowyer O, Braen G et coll. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline No. 14. US Dept. of Health and Human Services. *AHCPR Publication No. 950643*; décembre 1994.
2. Waddell G. *The Back Pain Revolution*, London: Churchill Livingstone, 1998; chapitre 15.
3. Burton K, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain have a positive effect. *Spine* 1999; 23: 2484-91.
4. Koes BW, Van Tulder MW, Ostelo R, Burton AK, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001; 26: 2504-14.

Les maladies inflammatoires de l'intestin.

Seule la douleur est prévisible.



Fondation canadienne des
maladies inflammatoires
de l'intestin

Crohn's and Colitis
Foundation of Canada

Avec votre aide, nous trouverons un traitement curatif. 1 800 387-1479

