



**FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE  
AIX-MARSEILLE II**

*Faculté de Médecine de Marseille  
Université Aix – Marseille II*

*Maître de stage : ...Dr BLANC Bernard.....*

**Récit authentique d'une situation  
complexe en Cabinet :**

**La lombalgie symptomatique**

*Semestre de stage : ...4<sup>ème</sup> semestre.....*

**GRAZIANO Aurélie**  
Interne en 2<sup>ème</sup> année de  
Médecine générale

# PLAN

(RSCA = Récit d'une Situation Complexe en Ambulatoire)

## **1. Introduction**

## **2. Présentation du cas clinique**

2.1 : Motif de consultation

2.2 : Interrogatoire

2.3 : Examen physique

2.4 : Hypothèses diagnostiques

## **3. Prise en charge et Recommandations et consensus**

3.1 : Prise en charge initiale

3.2 : Recommandations dans les lombalgies aiguës

## **4. Prise en charge et spécificités en Médecine Générale**

4.1 La continuité des soins

4.2 La coordination des soins

4.3 Le premier recours

4.4 La prise en charge globale

## **5. Conclusion**

## **6. Bibliographie**

# **1. Introduction**

Les lombalgies sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale.

Elles sont le plus souvent d'origine « commune » , c'est-à-dire dégénérative discale et /ou articulaire postérieure .Mais elles peuvent également être « symptomatiques » , regroupant alors des causes variées comme les spondylodiscites infectieuses ,les spondylarthropathies,les métastases vertébrales ,les tassements vertébraux ostéoporotiques.

La lombalgie n'est pas une maladie ;il s'agit d'un symptôme .La démarche diagnostique doit donc privilégier la recherche d'affections graves, mêmes si ce sont les plus rares .En effet un retard diagnostique et donc thérapeutique peut être préjudiciable et le praticien doit s'efforcer de ne pas tomber dans deux pièges : retenir trop facilement le diagnostic de lombalgie commune devant un symptôme en apparence banal et demander une imagerie chez tout lombalgique !

## **2. Présentation du cas clinique**

### **2.1 : Motif de consultation :**

Baptiste, 16 ans , vient en consultation le 8 juillet 2009 accompagné de sa mère pour des lombalgies associées à une douleur de la hanche gauche.

### **2.2 : Interrogatoire :**

- La douleur est apparue quelques jours auparavant.
- Il n' y a eu aucun élément déclenchant particulier selon lui. Il a fait de l'exercice physique mais pas plus que d'habitude.

- La douleur est difficile à définir : il a l'impression que l'horaire est plutôt mécanique ; il ne sait pas dire quels sont les facteurs déclenchants ni calmants. Elle est impulsive à la toux. Elle s'aggrave durant la journée.
- C'est la première fois qu'il ressent ce genre de douleur.
- Il n'a aucun antécédent particulier.

## 2.3 : Examen clinique :

- Il est apyrétique.
- Il existe un syndrome rachidien avec une raideur lombaire (mesurée par l'indice de Schober et la distance doigts-sol) et une attitude antalgique.
- Le signe de Lasègue est négatif.
- la douleur est lombaire ,plutôt latéralisée à gauche avec une douleur au niveau de la hanche gauche.
- Le testing du moyen fessier retrouve une douleur à la mobilisation contre résistance ainsi qu'une douleur à la palpation du moyen fessier.
- L'examen neurologique est normal : il n'existe aucun déficit sensitif ni moteur , les réflexes ostéotendineux sont symétriques.
- Le reste de l'examen est sans particularité. Il n'y a pas d'altération de l'état général. Il n'y a pas d'atteinte des autres articulations.

## 2.4 : Hypothèses diagnostiques :

### 2.4.1 : En cas de lombalgie aiguë ( < 3 semaines ) :

Il existe plusieurs étiologies possibles :

- La lombalgie discale commune : la douleur est souvent médiane ,en barre mais peut également être latéralisée ;elle apparaît le plus souvent après une circonstance déclenchante ;elle est aggravée par les efforts et la station debout prolongée ;elle est impulsive à la toux ;l'état général est conservé ;on retrouve une douleur à la pression et à la mobilisation du rachis lombaire ;il existe une raideur en antéflexion ;il y a souvent une attitude antalgique dans le plan sagittal ou frontal.

- La lombalgie articulaire postérieure : le patient est souvent plus âgé ;il existe rarement une circonstance déclenchante ;la douleur est non impulsive ;elle est souvent soulagée par l'antéflexion lombaire ;la douleur est souvent unilatérale ;elle est reproduite par l'extension lombaire ;il existe une douleur à la pression para vertébrale.
- La lombalgie liée à un tassement ostéoporotique :le début est brutal, souvent suite à une chute ;le plus souvent chez le sujet âgé ou la femme ménopausée ;la lombalgie est intense, responsable d'une impotence fonctionnelle ; il existe une douleur élective à la pression du rachis lombaire.
- La spondylodiscite infectieuse : il s'agit d'une lombalgie fébrile ; l'état général est souvent altéré ; il existe une raideur lombaire segmentaire ;le plus souvent elle survient sur un terrain particulier (transplanté,immunodéprimé,postopératoire).
- La spondylarthropathie : la lombalgie est inflammatoire chez un sujet jeune ;il faut rechercher une douleur fessière uni ou bilatérale, un épisode antérieur d'arthrite périphérique, un orteil en saucisse, un antécédent personnel ou familial de psoriasis ;il existe une raideur lombaire.
- La lombalgie « fonctionnelle » : il s'agit toujours d'un diagnostic d'élimination ;la lombalgie est diffuse ;les douleurs sont permanentes ;les antalgiques habitues sont sans effets .Il existe dans ces lombalgies un point de départ disco vertébral authentique mais pérennisé par un syndrome anxiodépressif ou la recherche de bénéfices secondaires.
- Les lombalgies extra rachidiennes : ulcère digestif, pathologie pancréatique, pathologie rétro péritonéale

#### 2.4.2 : .Dans le cas de notre patient :

- La lombalgie discale commune : il s'agit d'un patient jeune ;la douleur lombaire est d'horaire mécanique , elle est impulsive à la toux ;il existe une attitude antalgique ;l'état général est conservé.
- La spondylarthropathie avec sacro-iliite : il s'agit d'un patient jeune ;l'horaire de la douleur est difficile à définir ;la douleur de hanche peut en réalité être une douleur fessière en regard de l'articulation sacro-iliaque ;il existe une raideur lombaire.
- La tendinite du moyen fessier : le testing du moyen fessier est positif ;il existe une douleur à la palpation du moyen fessier ; le patient a fait de l'exercice physique.

### **3. Prise en charge, recommandations et consensus**

#### 3.1 : Prise en charge initiale :

- En première intention nous nous sommes plutôt orientés vers une tendinite du moyen fessier avec possibilité d'une lombalgie discale commune en gardant à l'esprit la possibilité d'une spondylarthropathie. Chez ce sujet jeune sans antécédent, aucun examen complémentaire n'est indiqué dans les premières semaines d'évolution.
- Nous lui avons expliqué, à lui et à sa mère, que même si les examens complémentaires ne sont pas réalisés dans un premier temps, Baptiste doit reconsulter en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes.
- Nous lui avons prescrit un traitement antalgique pour sa lombalgie ainsi qu'un traitement avec des AINS par voie locale ( flector tissugel) pour sa possible tendinite.
- Nous lui avons également préconisé un peu de repos sportif tout en déconseillant tout de même le repos complet.

#### 3.2 : Recommandation dans les lombalgies aiguës :

##### 3.2.1 : Concernant les examens complémentaires :

En dehors des cadres suivants (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence), il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai :

1) les lombalgies et lombosciatiques dites symptomatiques avec :

- en faveur d'une fracture : une notion de traumatisme, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans ;
- en faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique . La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique ;
- en faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, des contextes d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue IV, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de *C Reactive Protein* (CRP) sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique .

- en faveur d'une pathologie inflammatoire : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appel cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie. La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique.

2) les urgences diagnostiques et thérapeutiques :

- sciatique hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés) ;
- sciatique paralysante définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 et/ou comme la progression d'un déficit moteur ;
- sciatique avec syndrome de la queue de cheval définie par l'apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention ; d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.

### 3.2.2 : concernant le traitement antalgique :

Tant pour la lombalgie aiguë que pour la lombosciatique, il n'a pas été identifié dans la littérature d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable. La poursuite ou la reprise de l'activité professionnelle peut se faire en concertation avec le médecin du travail.

Dans la lombalgie aiguë comme dans la lombosciatique aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontracturants musculaires. Il n'a pas été identifié d'étude sur les effets de l'association de ces différentes thérapeutiques.

La corticothérapie par voie systémique n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations .

## **4. Prise en charge et spécificités en Médecine Générale**

### 4.1 : La continuité des soins :

#### 4.1.1 : Consultations ultérieures :

- Consultation trois semaines plus tard :

Baptiste revient en consultation car la symptomatologie n' a pas régressé malgré le repos et le traitement entrepris.

Il a plus de facilité à décrire sa douleur : elle est plutôt d'horaire mixte .Elle est impulsive à la toux mais il existe des réveils nocturnes et un enraidissement matinal. Il n'y a toujours pas de radiculalgie. La douleur de la hanche gauche est plutôt fessière avec une petite douleur à la pression de l'articulation sacro-iliaque. En interrogeant plus précisément sa mère , elle nous révèle que son frère a des antécédents de psoriasis.

Nous lui prescrivons un nouveau traitement antalgique associé à un AINS par voie générale.

Nous prenons rendez vous pour une radiographie du rachis lombaire et des sacro-iliaques ainsi que pour un scanner.

Nous lui prescrivons également un bilan biologique avec un bilan inflammatoire ainsi que la recherche de HLA B27 et de facteur rhumatoïde.

- Nouvelle consultation une semaine plus tard avec les résultats :

Les AINS le soulagent bien mais la douleur réapparaît immédiatement lorsqu'il les arrête.

*Le bilan biologique* réalisé est strictement normal. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire. La recherche de HLA B27 est négative ainsi que le facteur rhumatoïde.



*Les radiographies du rachis lombaire et des sacro-iliaques montrent :*

- une ébauche d'inflexion scoliothique lombaire convexe vers la gauche avec une bascule pelvienne droite.
- un anthélisthesis de L5 probablement en rapport avec une lyse de l'isthme de L5 ou du moins un aspect effilé de ce dernier .
- un pincement concomitant de l'espace inter vertébral lombo-sacré.
- Le respect des interlignes sacro-iliaques.

*Le scanner lombaire et des sacro-iliaques montre :*

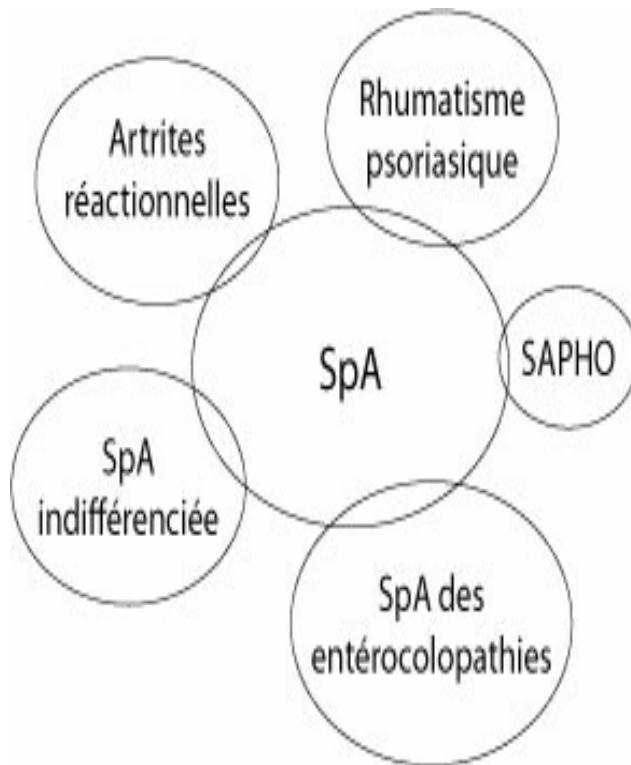
- un spondylolisthésis de L5 par rapport à S1 avec en fait un allongement isthmique de L5 mais sans lyse véritable. Le glissement de L5 sur S1 est de 10 mm.
- en L3-L4 : protrusion postéro bi-foraminale pas vraiment compressive.
- en L4-L5 : protrusion assez marquée , venant au contact des racines L5 qui peuvent être irritées.
- signes d'arthrose postérieure assez nets .
- au niveau des sacro-iliaques : interlignes un peu élargis et berges irrégulières .Il existe des zones de déminéralisation vaguement cavitaire au niveau de ces berges.

#### 4.1.2 : Rappel sur les spondylarthropathies :

- Le concept :

Le concept de spondylarthropathie (SP) regroupe des pathologies dont la lésion élémentaire est une atteinte inflammatoire des enthèses axiales et /ou périphériques. En font partie la spondylarthrite ankylosante (SPA), le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, les arthrites associées aux entérocolopathies inflammatoires chroniques.

La prévalence de l'ensemble des SpA est de 0,2 à 0,5 % en France.



- Signes cliniques :

- ,un syndrome pelvirachidien : dorsolombalgies d'horaire inflammatoire avec raideur matinale, très bien soulagées par la prise d'AINS ; fessalgies souvent à bascule traduisant une sacro-iliite avec douleur à la pression de l'articulation sacro-iliaque.

- ,un syndrome enthésopathique périphérique : talalgies inflammatoires rétro et sous calcanéennes ; d'autres enthésopathies touchant la tubérosité tibiale antérieure, le grand trochanter et le pubis peuvent aussi se produire.

- un syndrome articulaire périphérique : le plus caractéristique est l'oligoarthrite des membres inférieurs touchant surtout les genoux et les chevilles ; plus rarement, l'atteinte peut être mono articulaire ou poly articulaire ; deux localisations méritent d'être signalées : la

coxite qui est un signe de sévérité de la SP et les orteils ou doigts en « saucisse » qui se caractérisent par une tuméfaction érythématoviolacée.

- un syndrome extra articulaire : signes généraux ( asthénie ,amaigrissement , fièvre) ; uvéite (signe le plus fréquent) ; psoriasis (dans le rhumatisme psoriasique) ; lésions digestives dans les entérocolopathies inflammatoires chroniques ; signes infectieux génito-urinaires (urétrite , prostatite, salpingite) ou signes oculo-cutanéomuqueux ( conjonctivite, lésions muqueuses génitales et buccales ) dans les arthrites réactionnelles.

- Les examens complémentaires :

- *Le bilan biologique* : un syndrome inflammatoire est noté dans 60 à 80 % des cas mais il est souvent modéré. Il apparaît plus intense lorsqu'il est associé à des formes périphériques. En revanche dans les formes axiales , il peut être discret ou absent dans 30 % des cas. La thrombocytose est une anomalie biologique inconstante pouvant s'expliquer par le syndrome inflammatoire mais également par une carence martiale due à un saignement digestif induit par les AINS ou par une entérocolopathie inflammatoire.

- *Le bilan immunitaire* : la recherche d'auto anticorps doit permettre d'éliminer les diagnostics différentiels .Il permet d'éliminer une affection auto-immune révélée par des manifestations articulaires périphériques ( anticorps antinucléaires) et surtout une polyarthrite rhumatoïde débutante ( facteur rhumatoïde et anticitrulline) . Mais le facteur rhumatoïde peut s'observer dans 10 % des SPA.

- *La recherche de HLA B27* : elle est inscrite à la nomenclature et remboursée .Mais elle ne se justifie qu'en cas de formes débutantes et/ou atypiques de SP. La prévalence du HLA B27 chez les patients atteints de SPA est de 90 % , elle est de 70% chez les patients atteints d'arthrite réactionnelle et de 50 à 70 % dans les rhumatismes psoriasiques et les entérocolopathies inflammatoires chroniques .Par contre la découverte de HLA B27 doit toujours être interprétée avec prudence puisque 7 à 10 % de la population caucasienne porte au moins un allèle HLA B27.

- *La radiographie* : les clichés du rachis cervical, dorsal et lombaire de face et de profil, et des sacro-iliaques sont nécessaires pour mettre en évidence des lésions caractéristiques des spondylarthropathies. En fonction des manifestations cliniques, d'autres clichés peuvent être demandés.

Au niveau des articulations sacro- iliaques ,on définit plusieurs stades de sacro-iliite :

- Stade 0, infra radiologique, correspondant à l'inflammation de la zone d'enthèse sans traduction radio clinique ;
- Stade 1 : déminéralisation des berges avec pseudo- élargissement de l'interligne.
- Stade 2 : apparition d'une érosion des berges avec aspect en timbre poste.
- Stade 3 : condensation des berges
- Stade 4 : fusion des berges.



Sacro-iliite de stade 4 avec ankylose complète

Au niveau du rachis , on peut voir l'apparition de reconstruction osseuse : les syndesmophytes. Dans les formes évoluées, la fusion ossifiante des différentes structures vertébrales donnera un aspect de colonne « bambou ».



Syndesmophytes

Comme nous l'avons vu précédemment, le calcanéum est une localisation fréquente d'atteinte périphérique avec des lésions érosives et condensantes de la zone sous calcanéenne ou l'apparition d'une reconstruction osseuse : l'enthésophyte sous calcanéen.

- *La scintigraphie* : elle a un intérêt limité pour le diagnostic de sacro-iliite débutante car la fixation est bilatérale et peu intense. Elle peut avoir un intérêt dans la détection d'enthésopathies périphériques. Elle est en pratique peu utilisée du fait de sa faible spécificité.

- *Le scanner* : il est particulièrement utile pour l'exploration des articulations sacro-iliaques et du rachis. Le scanner des sacro-iliaques est justifié si la radiographie standard n'est pas suffisamment évocatrice ou en cas d'hésitation diagnostique.

- *L'IRM* : de nombreux travaux suggèrent que l'IRM du rachis et des sacro-iliaques apporterait des éléments importants pour le diagnostic précoce des SP.

- Le diagnostic positif de spondylarthropathie :

En pratiques, 2 groupes de critères sont utilisables :

### **- Critères d'Amor :**

6 points permettent le diagnostic

#### **Signes cliniques ou histoire clinique :**

- 1- douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaire ou dorsale (1 point)
- 2- oligoarthritis asymétrique (2 points)
- 3- douleur fessière sans précision (1point), douleur fessière à bascule (2 points)
- 4- doigt ou orteil en saucisse (2 points)
- 5- talalgie ou tout autre enthésopathie (2 points)
- 6- iritis (2 points)
- 7- urétrite non gonococcique ou cervicite moins d'un mois avant le début d'une arthrite (1 point)
- 8- diarrhée moins d'un mois avant une arthrite (1 point)
- 9- présence ou antécédent de psoriasis, ou de balanite, ou d'entéropathie chronique (2 points)

#### **Signes radiologiques :**

- 10- sacro-iliite (stade >2) (3 points)

#### **Terrain génétique :**

- 11- présence de l'antigène HLA B27 et/ou d'antécédents familiaux de pelvispondylite, de syndrome de Reiter, de psoriasis, d'entéropathies chroniques (2 points)

#### **Sensibilité au traitement :**

- 12- amélioration en 48 heures des douleurs par AINS et/ou rechute rapide (48 heures)des douleurs à leur arrêt (2 points)

### **- Critères des Spondylarthropathies de l'ESSG (European Seronegative Spondylarthropathy Group) :**

1 critère majeur + 1critère mineur permettent le diagnostic

#### **Critères majeurs**

\* Douleur rachidienne présente ou dans les antécédents, lombaire, dorsale ou cervicale, comprenant 4 des 5 critères suivants :

- Age de début < 45 ans
- Début insidieux
- Douleur augmentée par l'effort
- Raideur matinale
- Depuis au moins 3 mois

\* Synovite asymétriques ou prédominant aux membres inférieurs : en cours ou dans les antécédents

#### **Critères mineurs**

\* Antécédents familiaux au 1er ou au 2e degré de spondylarthrite ankylosante ou de psoriasis ou d'uvéite ou d'arthrite réactionnelle ou de maladie inflammatoire intestinale

\* Psoriasis : en cours ou dans les antécédents

\* Maladie inflammatoire intestinale : en cours ou dans les antécédents, crohn ou recto-colite hémorragique diagnostiquée par un médecin et confirmée par la radio ou l'endoscopie

\* Urétrite : non gonococcique, ou cervicite, précédant de moins d'un mois les arthrites

- \* Diarrhée : datant de moins d'un mois avant les arthrites
- \* Douleurs fessières à bascule : en cours ou dans les antécédents
- \* Enthésopathie : douleur ou sensibilité à l'insertion du tendon d'achille ou de l'aponévrose plantaire.
- \* Sacro-iliite : = stade 2 et bilatérale, = stade 3 si unilatérale

- Le traitement recommandé :

- Les AINS : ils sont la pierre angulaire du traitement des spondylarthropathies . Ils sont efficaces dans plus de 70 % des cas. Ils sont rapidement efficaces et la rechute douloureuse à l'arrêt est habituellement très rapide ( dans les 48h). Ils sont recommandés à dose optimale avec la prise le soir d'une forme à délitement prolongé pour couvrir toute la phase inflammatoire de la nuit. En cas d'échec d'un AINS, il est recommandé d'en essayer un autre. Avant de conclure à l'échec du traitement par des AINS il faudra en avoir essayé 3 à 5.
- Les traitements de fond : en cas d'échec des AINS : il s'agit de la sulfasalazine , du méthotrexate , du léflunomide ou des anti TNF

- Le suivi préconisé :

Il se fait tous les 3 à 6 mois avec surveillance de l'atteinte axiale ( nombre de réveils nocturnes , mesure de l'indice de Schober, de la lordose lombaire et de l'ampliation thoracique) ; surveillance des atteintes articulaires périphériques (nombre d'articulations douloureuses) ; surveillance du nombre d'enthèses douloureuses ; surveillance des manifestations extra articulaires ; suivi biologique (syndrome inflammatoire) ; suivi radiologique.

#### 4.1.3 : Le spondylolisthésis :

Il s'agit du glissement du corps d'une vertèbre en avant du corps vertébral situé en dessous d'elle. Il est dû à l'absence (congénitale) ou l'allongement (acquis ou dégénératif) de l'isthme vertébral. Il concerne 7% de la population générale.

La fréquence de cette pathologie augmente en milieu sportif, surtout au cours des sports en lordose (gym, judo, saut en hauteur).

L'atteinte est au niveau de L5 dans 80% des cas.

Très souvent, le spondylolisthésis est totalement silencieux cliniquement, sans aucun retentissement douloureux ni fonctionnel. Quand il s'exprime cliniquement, il se traduit le plus souvent par des lombalgies lors de la pratique sportive.

Le bilan radiologique permet de classer le spondylolisthésis en 4 stades.

L'évolutivité dépend de plusieurs facteurs : l'âge du sujet (le glissement ne s'accroît que très rarement après 20 ans) ; le degré de dysplasie du disque ; le stade (les stades 1 et 2 ont une faible évolutivité).

L'activité sportive ne sera pas contre-indiquée chez l'adolescent mais sera limitée par la douleur.

Le traitement en cas de lombalgie sera médical avec de la kinésithérapie. La chirurgie sera exceptionnelle.

## 4.2 : La coordination des soins :

Ce patient jeune, présentant plusieurs anomalies complexes radiologiques intriquées, a été adressé chez un rhumatologue afin qu'il fasse la part des choses entre les anomalies présentées et la symptomatologie. Baptiste est allé en consultation le 4 septembre 2009, soit un mois et demi après le début des symptômes.

L'examen du rhumatologue retrouve une discrète scoliose dorsale, un petit degré d'arachnodactylie, une hyperlaxité ligamentaire. Il présente une raideur lombaire majeure déclenchant une fessalgie gauche. L'examen neurologique est sans particularité. La pression du pied des sacro-iliaques est sensible mais pas très douloureuse.

Au vu des examens radiologiques, il est d'avis que la symptomatologie actuelle est plutôt expliquée par le rétrécissement du diamètre du canal rachidien dû au spondylolisthésis.



Il ne pense pas que l'on puisse retenir définitivement le diagnostic de sacro-iliite , d'autant qu'il n'y a pas de syndrome inflammatoire ni d' HLA B27. Il demande néanmoins au patient de réaliser une IRM des sacro-iliaques afin de préciser les choses.

Sur le plan thérapeutique , il propose du Voltarène 75 matin et soir associé à de l'inipomp . Il programme également une infiltration radioguidée étant donné l'intensité de la symptomatologie.

Il rédige un certificat de contre indication à la pratique du sport pour un mois.

De plus, il informe le patient et sa mère qu'étant donné l'importance du rétrécissement canalaire, un avis neurochirurgical sera peut être nécessaire si la symptomatologie résiste au traitement.

Il reverra le patient avec les résultats de l' IRM.

Il revoit le patient en consultation : l'IRM a exclu une atteinte des sacro-iliaques. L'infiltration n'a pas apporté de soulagement et Baptiste reste sous AINS dans l'attente de l'avis du neurochirurgien. Le rhumatologue a également demandé un avis spécialisé en CHU pour éliminer une maladie de Marfan. Ce dernier point a entraîné deux consultations chez sa mère qui présente un syndrome anxio-dépressif réactionnel avec des épisodes de panique .

### 4.3 : Le premier recours

Le médecin généraliste est dans ce cas clinique , comme dans la plupart des cas , le premier professionnel de santé que le patient a consulté. En effet , depuis la réforme de l'assurance maladie , le médecin généraliste se trouve encore plus au cœur du système de santé.

Il doit assurer au patient la prévention , le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.

Dans le cadre des lombalgies, son rôle est d'exclure une pathologie spécifique et potentiellement grave en se basant sur les signes d'alerte. Son rôle est également d'éviter les examens complémentaires et les thérapeutiques qui seraient inutiles voire délétères.

#### 4.4 : La prise en charge globale

Le médecin généraliste doit avoir une approche centrée sur le patient en prenant en compte l'aspect physique , psychologique, social et culturel.

Il doit orienter le patient vers le professionnel de santé qui répondra le mieux à ses besoins .Il s'assure de la coordination des soins (en prenant rendez vous pour le patient quand l'attente est trop longue par exemple).

Dans le cas de Baptiste , il faudra s'assurer qu'il comprenne bien sa pathologie et l'intérêt de bien suivre le traitement .Il faudra également lui indiquer les modalités du suivi .

Il est également très important de lui expliquer qu'il peut continuer le sport mais dans les limites de sa douleur.

Il faudra bien sûr prendre en compte l'aspect psychologique chez lui ainsi que chez ses parents qui , dans l'attente des résultats définitifs, sont extrêmement anxieux.

## 5 : CONCLUSION

Le médecin généraliste a un rôle central dans la promotion et l'éducation pour la santé.

La prise en charge des lombalgies est complexe , d'autant que ce symptôme sera ressenti chez plus d'un sujet sur deux au cours de son existence. La lombalgie représente une des causes les plus importantes d'arrêts de travail , d'accidents de travail et de dépenses pour la sécurité sociale.

Le rôle du médecin généraliste sera donc d'exclure une pathologie potentiellement grave et en l'absence de pathologie grave, mettre l'accent sur la nature fonctionnelle des douleurs et l'absence de lésion organique, afin de diminuer le passage à la chronicité.

En présence d'une pathologie spécifique il devra coordonner les soins avec les autres professionnels de santé et veiller à l'éducation du patient sur sa pathologie.

## 6 : **Bibliographie**

- 1) Amor B , Dougados M , Mijiyawa H. critères de classification des spondylarthropathies.Rev Rhum Mal Ostéoartic 1990 ;
- 2) Dougados M , Van der Linden S , Juhlin R, Huitfeldt B , Amor B , Calin A .the European spondylarthropathy study group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. Arthritis Rheum 1991.
- 3) Calin A, Elswood J, Rigg S, Skevington SM.Ankylosing spondylitis. J Rheumatol 1988
- 4) Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Fardellone P, Fautrel B, Masson C. Prévalence de la polyarthrite rhumatoïde et des spondylarthropathies en France en 2001. Rev Rhum Mal Ostéoartic 2002.
- 5) Sieper J , Braun J , Kingsley GH. Report of the fourth international workshop on Reactive Arthritis.Arthritis rheum 1995.
- 6) Garrett S, Jenkinson T, Whitelock N, Kennedy G , Gaisford P, Calin A. A new approche to defining disease status in AS : the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol 1994.
- 7) Van Reeth C. Pelvispondylite rhumatismale ou spondylarthrite ankylosante. In : Kuntz D, Bardin T,editors. Thérapeutique Rhumatologique. Paris :Flammarion ;1995.
- 8) :[http://www.sante.gouv.fr/assurance\\_maladie](http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie) Comprendre la reforme.
- 9) Danowski RG , Chanussot JC . Traumatologie du sport . Masson 2009-09-28
- 10) Cofer campus numérique . La spondylarthrite ankylosante.
- 11) ANAES : « prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies communes de moins de 3 mois d'évolution. »

