



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UECP 31 Pathologies ostéo- articulaires

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Pathologies rachidiennes mécaniques et spondyloarthropathies

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	INTERROGATOIRE	3
III.	SIGNES PHYSIQUES	3
1.	EXAMEN DU RACHIS CERVICAL.....	4
2.	EXAMEN DU RACHIS THORACIQUE ET LOMBAIRE	4
IV.	CARACTERISTIQUES DES DOULEURS D'ORIGINE RACHIDIENNES.....	4
1.	DOULEUR RACHIDIENNE	4
2.	ETIOLOGIES DES RACHIALGIES	5
3.	CARACTERISTIQUES DES RACHIALGIES SYMPTOMATIQUES ()	5
4.	SIGNES DE GRAVITE EN CAS DE RACHIALGIE	5
V.	ETIOLOGIES DES CERVICALGIES COMMUNES	5
1.	AIGUES	5
2.	CHRONIQUES (+3MOIS).....	6
VI.	ETIOLOGIES DES DORSALGIES COMMUNES.....	6
VII.	ETIOLOGIES ET TABLEAUX CLINIQUES DES LOMBALGIES COMMUNES	6
1.	AIGUE	6
2.	CHRONIQUE	6
VIII.	FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE A LA CHRONICITE	6
IX.	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	7
X.	TRAITEMENTS.....	7
XI.	CAS DE LA SPONDYLOARTHRITE	7
1.	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	7
2.	TRAITEMENTS	8

I. Introduction

→ Douleurs rachidiennes : motif fréquent de consultation en médecine générale et en rhumatologie avec handicap fonctionnel et impact socio culturel

Rachis cervical

→ 4 racines :

- C5 : prolongement du pouce
- C6 : Pouce et index
- C7 : Dos de la main
- C8 : Auriculaire

Irradiation au rachi lombaire : 2 types (♥)

- Sciatique L5 → douleur qui suit la face latérale de la cuisse, de la cheville jusqu' au gros orteil (« suit la couture du pantalon »)
- Sciatique S1 → douleur à l'arrière et suit toute la face postérieure de la fesse, cuisse, mollet, cheville et jusqu'au 5^{ème} orteil

Douleur au-devant de la cuisse = cruralgie

- Cruralgie L3 : s'arrête au genou
- Cruralgie L4 : va jusqu'au pied

II. Interrogatoire

- ❖ Localisation de la douleur
- ❖ Mode de début
- ❖ Intensité = EVA
- ❖ Durée : aigu (3 mois)
- ❖ Mécanique = à la mobilisation/port de charges/marche ou inflammatoire = réveils nocturnes/dérouillage matinal de plus de 30 minutes
- ❖ Rechercher une irradiation vers les membres supérieurs ou inférieurs
- ❖ Circonstances favorisantes/améliorant la douleur notamment notion d'impulsivité à la toux ou à la défécation
- ❖ Rechercher une impotence fonctionnelle ou raideur associée
- ❖ Toujours se renseigner sur le mode de vie : activité physique/travail/enfants en bas âge

III. Signes physiques

Sujet en **sous vêtement** → étude de la statique !

La statique normale du rachis c'est une lordose cervicale, une cyphose thoracique et une lordose lombaire

Quand on vieillit → exagération de certaines parties de la statique

Examen debout puis allongé

Inspection :

- Scoliose avec gibbosité
- Inclinaison latérale souvent antalgique
- Hyperlordose ou perte de la lordose, accentuation de la cyphose dorsale, rectitude cervicale

Palpation des épineuses, des articulaires postérieures plus latérales puis des reliefs musculaires → recherche d'une contracture paravertébrale (on part du bas)

- L4 = crêtes iliaques
- T12 = dernières côtes
- T8 = pointe de la scapula
- T2/T3 = épine de l'omoplate
- C7-T1 = épineuses cervicales les plus palpable
- C2 = première épineuse palpable

1. Examen du rachis cervical

Premier signe alarmant = **la raideur**

→ On peut la repérer en demandant au patient de réaliser une flexion, extension, inflexion latérale et rotation



Manœuvre de Distraction



Spurling test ou manœuvre de compression

Manœuvres de tensions radiculaires :

- Manœuvres de distraction
- Spurling test ou manœuvre de compression

2. Examen du rachis thoracique et lombaire

Premier signe alarmant = **la raideur**

On regarde les amplitudes :

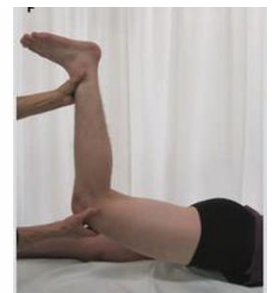
- Flexion/Extension avec distance doigt sol (souplesse en anté-flexion)
- Inflexions latérales
- Rotations
- Mise en tension des racines nerveuses et examen neurologique si irradiation aux membres inférieurs (ROT, examen moteur et sensitif, réflexe cutané plantaire, troubles de sensibilité périnéale)

Manœuvres de tensions radiculaires (♥):

- Manœuvre de Lasègue → **Réveille une lombosciatique L5 ou S1** (décubitus dorsale, extension et douleur ressentie dans la jambe)
- Manœuvre de Léri → **Réveille une lombocruralgie L3 ou L4** (décubitus ventral, flexion)



Manœuvre de Lasègue



Manœuvre de Léri

IV. Caractéristiques des douleurs d'origine rachidiennes

Il existe des douleurs rachidiennes et extra-rachidiennes

1. Douleur rachidienne

- ❖ Aggravées par les mouvements et calmées par le repos
- ❖ **Reproduites à la palpation sur le segment rachidien et mobilisation ++++**
- ❖ Antécédents, terrain, signes généraux
- ❖ **Diagnostics différentiels** : si pas de douleur à la palpation des vertèbres ni à la mobilisation du rachis c'est sûrement une autre pathologie (dissection aortique ou des artères vertébrales, anévrisme de l'aorte, infarctus du myocarde, péricardite, UGD, pancréatite, pathologies

lithiasiques, tumeurs digestives, pyélonéphrite ou colique néphrétique, pathologies ORL ou thyroïdiennes, coxopathie, pathologie des articulations sacro iliaques)

2. Etiologies des rachialgies

Communes (arthrose ou problème de statique) :

- Conflit disco-radulaire
- Atteinte dégénérative du segment mobile
- Canal cervical/lombaire étroit
- Dérangements intervertébraux mineurs

Symptomatiques :

- Cancer
- Infection
- Fracture (on parle plus de tassement)
- Rhumatismes inflammatoires

3. Caractéristiques des rachialgies symptomatiques (♥♥)

	Cancer	Infection	Fracture	Spondyloarthrite
Symptômes	Age > 50 ans Douleurs à début insidieux Douleur inflammatoire Aggravation progressive AEG Antécédents+++	Fièvre +++ Porte d'entrée Douleurs à début insidieux Douleur inflammatoire Terrain fragile : alcool, VIH, cirrhose, diabète, toxicomane, immunosuppresseurs...	Age > 70 ans Facteurs de risque d'ostéoporose Antécédents de fractures ostéoporotiques Traumatisme (pas toujours)	Age entre 20 et 30 ans Douleur récidivante, par poussée Douleur inflammatoire Pygalgies à bascule Antécédents d'arthrite périphérique, d'enthésite Signes extra-articulaires : psoriasis, uvéites, MICI Antécédents familiaux

4. Signes de gravité en cas de rachialgie

Troubles moteurs d'un (plusieurs) membre(s) → Déficit moteur ≤ 3/5 (échelle MRC) (=peut plus lever le pied du lit contre la pesanteur)

Syndrome de la queue de cheval :

- Incontinence urinaire et fécale
- Hypotonie du sphincter anal
- Anesthésie en selle



Urgence diagnostique et chirurgicale (à l'heure)

Hyperalgie : Echec du traitement médical (y compris morphiniques)

V. Etiologies des cervicalgies communes

1. Aigues

- ❖ « **Torticolis** » = rechercher un facteur déclenchant, inclinaison antalgique, contracture paravertébrale, bonne évolution spontanée
- ❖ **Névralgie cervico-brachiale** = cervicalgie avec irradiation systématisée dans le membre supérieur par conflit disco
- ❖ Névralgie d'Arnold = irritation d'un nerf qui part de la racine du cuir chevelu et qui va donner des décharges électriques

2. Chroniques (+3mois)

- ❖ **Atteintes dégénératives du segment mobile (ARTHROSE)** = raideur progressive, craquement, douleurs souvent mal systématisées par discarthrose/ arthrose articulaire postérieure
- ❖ **Canal cervical rétréci** = étroitesse canalaire souvent multifactorielle à radriculaire, vérifier l'absence de déficit à l'origine d'une compression médullaire donc douleurs diffuses dans les membres supérieurs et inférieurs avec examen neurologique pathologique +++

VI. Etiologies des dorsalgies communes

- ❖ **Rares +++** → souvent secondaire à quelques choses sinon c'est :
 - Dérangements intervertébraux mineurs (charnière thoraco-lombaire)
 - Hernies discales

→ /!\ Toute DORSALGIE est symptomatique jusqu'à preuve du contraire /!\

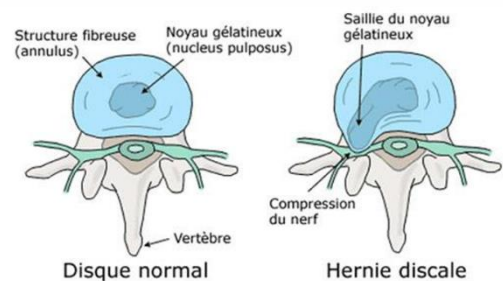
VII. Etiologies et tableaux cliniques des lombalgies communes

→ « Pour info »

1. Aigue

- ❖ **Lumbago** (mouvement discale) = rechercher un facteur déclenchant, inclinaison antalgique, contracture paravertébrale, bonne évolution spontanée
- ❖ **Conflit disco-radriculaire** = lombalgie avec irradiation systématisée dans le membre supérieur par conflit disco radriculaire, impulsivité, vérifier l'absence de déficit, terrain de rectitude rachidienne
- ❖ **Dérangements mineurs** = charnière dorsolombaire irradiant vers les crêtes iliaques, manœuvre du palpé roulé

Conflits disco-radriculaires



2. Chronique

- ❖ **Atteinte dégénérative du segment mobile** = douleurs lombofessières en barre augmentant à l'hyperextension, station debout ou assise prolongée, discarthrose/arthrose articulaire postérieure, hyperlordose
- ❖ **Canal lombaire rétréci** = étroitesse canalaire souvent multifactorielle à l'origine d'une douleur pluri radriculaire, claudication douloureuse à la marche, aréflexie/recherche de déficit neurologique

VIII. Facteurs de risque de passage à la chronicité

Drapeau bleu → risque de passage à la chronicité !

- ❖ Charge physique élevée de travail
- ❖ Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail
- ❖ Manque de capacité à modifier son travail
- ❖ Manque de soutien social
- ❖ Pression temporelle ressentie
- ❖ Absence de satisfaction au travail
- ❖ Stress au travail
- ❖ Faible espoir de reprise au travail
- ❖ Peur de la rechute

IX. Examens complémentaires

IRM → Résultat délétère car impact négatif dans le vécu de la maladie

Pas d'examen en cas de cervicalgie ou lombalgie aiguë sauf si drapeau rouge :

- Patient < 18 ans ou > 65 ans
- Traumatisme
- Fièvre
- Douleurs inflammatoires
- AEG

En cas d'évolution de plus de 3 mois :

- Radiographies du rachis de face et de profil +/- ¾ si suspicion de névralgie cervico-brachiale
- +/- TDM ou IRM rachidienne si radiographies normales

→ **Imagerie systématique en cas de dorsalgies**

X. Traitements

En aigu :

- Repos relatif → mouvements en respectant la douleur (ne pas s'immobiliser)
- Antalgiques
- AINS ou assaut cortisonique
- +/- infiltration si compression disco radiculaire

En chronique :

- Antalgiques
- Prise en charge en kinésithérapie avec massage uniquement pour le rachis cervical, étirements, renforcement musculaire, travail des amplitudes articulaires
- Correction des troubles statiques
- Ergonomie du travail et du sommeil notamment pour le rachis cervical
- Acupuncture
- Ostéopathie si DIM
- Infiltrations +/- thermocoagulation
- Ne pas immobiliser et limiter les arrêts de travail

XI. Cas de la spondyloarthrite

- ❖ Pathologie auto-inflammatoire entraînant des **douleurs rachidiennes +/- fessières d'horaire inflammatoire d'installation progressive +/- sciatique à bascule**
- ❖ Début **avant 40 ans** la plupart du temps mais formes à début juvénile (arthrite juvénile) ou plus tardif (rhumatisme psoriasique)
- ❖ Association **au gène HLA B27**
- ❖ Evolution possible vers **l'ankylose rachidienne** = limitation des mobilités à rechercher
- ❖ Recherche d'une douleur en regard des sacro iliaque à la palpation et la mise en tension
- ❖ Association possible à des **douleurs/gonflements articulaires, douleurs enthésitiques (tendon d'Achille, aponévrose plantaire, épicondylien), psoriasis, maladies inflammatoires du tube digestif, uvéite**

1. Examens complémentaires

Bilan biologique = recherche d'un **syndrome inflammatoire**

Radiographies du rachis et du bassin = recherche de syndesmophytes/ anomalie en regard des sacro iliaques

Radiographies des articulations douloureuses = formes destructrices

IRM des sacro iliaques et/ou rachis si radiographies normales

2. Traitements

- ❖ AINS en 1ère intention
- ❖ Traitements immunosuppresseurs si échec de 3 AINS
- ❖ Kinésithérapie pour maintien des amplitudes articulaires
- ❖ Prise en charge des séquelles et adaptation du quotidien en ergothérapie