

Prise en charge des lombosciatalgies communes aux urgences

Lumbago-sciatica's care in emergency department

Ben Rejeb J.¹, Maaref K.^{2,3}, Ayadi M.¹, Zorgati A.¹, Bouhlef N.¹, Nouar N.^{4,3}, Ghannouchi S.^{1,3}

¹ Service des Urgences – Hôpital Farhat Hached. Sousse – Tunisie

² Service de Médecine Physique, Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle – Hôpital Sahloul. Sousse – Tunisie

³ Laboratoire d'Anatomie et d'Organogenèse – Faculté de Médecine de Sousse. Sousse – Tunisie

⁴ Service d'Orthopédie – Hôpital Sahloul. Sousse – Tunisie

CORRESPONDANCE : Dr. Khaled MAAREF

13, Rue Ahmed Zaatir 4001, La Corniche, Sousse – Tunisie

E-mail : maaref_khaled@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction :

La lombo-sciatique commune (LSC) est un motif fréquent de consultation en médecine d'urgence. Ce travail a pour objectif d'étudier l'état de lieux de la prise en charge des lombosciatalgies aux urgences, d'évaluer l'intérêt des examens complémentaires demandés et de déterminer l'orientation des patients aux consultations spécialisées.

Matériels et Méthodes :

C'est une étude rétrospective mono-centrique réalisée en 2011 qui s'est intéressée aux patients consultants aux urgences pour lombosciatalgie (LS) commune. Nous avons exclu les patients ayant une lombosciatalgie secondaire à une origine inflammatoire, infectieuse ou tumorale.

Résultats :

293 patients ont été inclus dans notre étude, soit 2% des consultants aux urgences. Le sex-ratio était de 0,96 et la moyenne d'âge était de 41 ans. Ces patients ont consulté aux urgences surtout en début de semaine. L'apparition de la LS était spontanée dans 14%. La LSC était aiguë dans 47,7% et subaiguë dans 1,5% des cas. La douleur lombaire irradiait vers l'un ou les deux membres inférieurs chez 37% des malades. La LSC était compliquée dans 6% des cas. L'examen des malades a objectivé une raideur lombaire chez 9,5%, une contracture des muscles para-vertébraux chez 26,5%, un signe de Lasègue positif chez 9,5%. La radiographie lombaire a été pratiquée dans 28,2% des cas. Ces patients ont été traités souvent par un antalgique et un anti-inflammatoire, rarement par un myorelaxant. Quinze pour cent seulement des patients ont été orientés vers une consultation spécialisée.

Discussion :

La lombosciatique aiguë est une pathologie fréquente et de bon pronostic dans 90% des cas. Bien qu'au niveau des urgences, l'examen clinique est souvent sommaire, il devrait néanmoins permettre le dépistage des atteintes déficitaires neurologiques, qui constituent une urgence chirurgicale. Cette situation reste rare mais aux retombées socio-professionnelles et médico-légales fâcheuses. D'où la nécessité d'un examen neurologique comprenant au moins une étude de la motricité réflexe et volontaire. Les examens complémentaires devraient se limiter, au plus, à un bilan standard. La résistance au traitement au delà d'une semaine doit faire orienter le patient vers une consultation spécialisée.

ABSTRACT

Introduction:

This study aims to examine the current situation of lumbago-sciatica's care in an emergency department, to assess the interest of x-ray imaging and to determine referrals to specialist consultations.

Materials and Methods:

Retrospective mono-centric study realized in 2011 interesting 293 patients consulting for acute lumbago-sciatica in the emergencies department. Patients having a secondary lumbago-sciatica with an inflammatory, infectious or tumoral origin were excluded from this study.

Results:

293 patients were included in our study (2% of all emergencies consultants), with a sex ratio of 0.96 and an average age of 41 years. These patients consult especially at the beginning of the week. Lumbago-sciatica was spontaneous in 14% of patients. It was acute in 47.7% and subacute in 1.5% of the cases. Lumbago radiates towards one or both lower limbs in 37% of patients. Lumbago-sciatica was complicated in 6% of the cases. Lumbar steepness was found in 9.5% of patients, a lumbar muscular spasm in 26.5% of patients. Lasègue sign was positive in 9.5% of patients. Lumbar radiography was done in 28.2% of the cases. Only 15% of patients were directed to a specialist consultation.

Discussion:

Lumbago-sciatica is a frequent pathology with good prognosis in 90% of cases. Although clinical examination is often brief at emergency department, it should nevertheless allow the screening of neurological deficit, which is a surgical emergency. This situation remains rare with socio-professional and medico-legal negative impact. Neurological examination must include at least a motricity assessment (reflex and volunteer mode). X-ray imaging should be limited to particular indication. Resistance to treatment must refer the patient to a specialist.

I. INTRODUCTION

La lombosciatalgie commune (LSC) est une pathologie très fréquente qui amène souvent les patients à consulter aux urgences. Elle se définit comme une douleur mécanique, située entre la 12^{ème} côte et le pli fessier, associée à des irradiations dans les membres inférieurs notamment le long du trajet du nerf sciatique. On appelle lombalgie commune (LC) ou lombalgies non spécifiques (LNS), les douleurs lombaires qui ne peuvent pas être attribuées à une pathologie spécifique (inflammatoire, infectieuse, tumorale, métabolique, etc.) [1-3]. Les LSC sont classées en fonction de leur durée d'évolution en aiguës (moins de 6 semaines), subaiguës (entre 6 et 12 semaines) ou chroniques (au-delà de 12 semaines) [3, 4]. Il est admis que les lombalgies ont une évolution rapidement favorable dans la majorité des cas, et que selon les études 60 à 90% des épisodes lombalgiques s'améliorent en 4 à 6 semaines. Moins de 10% des patients lombalgiques évoluent vers une forme chronique de la pathologie [3-5]. Elles constituent donc un véritable problème de la santé publique avec des retombées socio-économiques et professionnelles importantes. Souvent, ces patients consultent aux urgences. Se pose alors le problème de la conduite à tenir et des bilans à réaliser. Nous n'avons pas trouvé non plus des travaux s'intéressant à l'évaluation de la prise en charge de cette affection aux urgences.

Ce travail s'est donc fixé comme objectifs d'étudier l'état des lieux de la prise en charge des lombosciatalgies aux urgences de l'hôpital Farhat Hached à Sousse (Tunisie), d'évaluer l'intérêt des examens complémentaires demandés en urgence et de déterminer l'orientation des patients vers les consultations spécialisées.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, uni centrique qui rapporte les résultats d'une enquête concernant les patients qui ont consulté aux urgences du CHU Farhat Hached Sousse durant une période de 3 mois : du 1^{er} décembre 2010 au 28 février 2011. Pour la collecte des données, nous avons élaboré une fiche d'étude comportant 34 items par malade, étudiant l'identité, les antécédents, les données épidémiologiques, heure et date de consultation, les données cliniques, radiologiques et les modalités thérapeutiques.

Nous avons exclu les lombalgies inflammatoires, d'origine viscérale (ex. : colique néphrétique...) et secondaires à des accidents de travail, de circulation et d'agression.

III. RÉSULTATS

Nous avons collecté 293 cas de LSC sur 14281 consultants aux urgences. Soit 2% des consultants.

A- Données démographiques :

Les patients se répartissent en 144 hommes et 149 femmes, soit un sex ratio de 0,96. Nous avons noté une prédominance de la population jeune avec une moyenne d'âge de 41 ans et un pic de fréquence entre 30 et 40 ans.

Le jour de la consultation n'a pas été noté dans 13 dossiers médicaux. Nous avons remarqué une augmentation du nombre des consultations en début de la semaine (lundi : 47 patients, mardi 51 patients, les autres jours le nombre de consultants pour LSC était inférieur à 40 patients).

Les patients ayant consultés aux urgences sont répartis au cours de la journée en fonction de l'heure de la consultation. Elle n'a pas été notée dans 45 dossiers. Nous avons remarqué que le nombre des consultations était plus important entre 10 heures et 13 heures comme l'illustre la figure 1 (Figure 1).

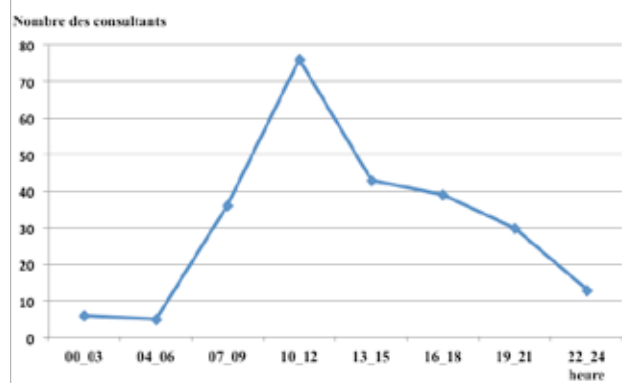


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de l'heure de consultation

B- Données cliniques :

1. Antécédents médicaux :

Vingt neuf patients (10%) avaient des antécédents de LSC dont six étaient secondaires à une hernie discale étiquetée. Deux parmi ces patients étaient opérés dont un avait eu une spondylodiscite postopératoire. Des antécédents de traumatisme lombaire ont été retrouvés chez seulement deux patients. Quarante deux patients n'avaient pas d'antécédents médicaux. Les antécédents n'ont pas été recherchés chez 145 malades.

2. Circonstances de l'apparition :

Un facteur déclenchant a été retrouvé dans 27% des cas : une chute dans 30 cas (10,2%), un soulèvement d'une charge lourde dans 41 cas (13,9%) et à un faux mouvement dans 7 autres cas (2,3%). L'apparition de la douleur était spontanée chez 42 malades, soit 14,3% des cas. La circonstance d'apparition n'a pas été recherchée dans 173 dossiers, soit 59,2% des cas.

3. Durée d'évolution :

La durée d'évolution de la douleur a été notée seulement dans 144 dossiers, soit 49% des cas. La LS aiguë intéressait 140 patients, soit 47% alors que 4 patients seulement (1,5%) se plaignaient de LS subaiguë.

4. Caractéristiques de la douleur :

Le tableau I (Tableau I) précise le côté de l'irradiation de la lombalgie.

Tableau I : Côté de l'irradiation de la lombalgie**Table I:** Lumbago radiation side

Irradiation	Nombre des patients	Pourcentage
MID	34	11,6
MIG	26	8,8
Les 2 membres	16	5,4
Non précisé	33	11,2
Total	109	37,1

Elle irradiait vers l'un ou les deux membres inférieurs chez 109 patients tandis qu'elle était sans irradiation chez 184 patients. La topographie de la douleur a été précisée comme le montre le tableau II dans 50 cas (Tableau II). Il s'agissait d'une sciatalgie type L5 pour 16 patients, type S1 pour 14 et une LS tronquée pour 20. Pour les autres dossiers, la topographie de l'irradiation n'a pas été précisée.

Tableau II : Répartition des patients selon la topographie de l'irradiation**Table II:** Patients Distribution according to the topography of lumbago irradiation

Type de la douleur	Topographie	Nombres des patients	Total
Sciatalgie	L5	16	30
	S1	14	
	Tronquée	20	
Hanche	4		
Cuisse	4		
Genou	4		
Jambe	8		
Non précisée	59		

5. Les signes de gravité :

Les signes sphinctériens à type d'incontinence urinaire ont été retrouvés chez 2 patients seulement, soit 0,7% des cas de notre série. Une sciatalgie paralysante a été notée chez 2 patients sans préciser les muscles déficients. Une impotence fonctionnelle partielle était présente dans 13 cas, soit 4,4% des patients.

6. L'examen clinique :

a. Syndrome rachidien :

- La raideur lombaire :

La raideur lombaire a été mentionnée dans 45 dossiers. L'indice de Schober a été mesuré chez 28 patients, soit 9,5%. La distance main-sol a été notée dans 31 dossiers. Elle varie entre 0 et 60 cm.

- La contracture para-vertébrale :

Elle a été recherchée chez 89 patients, soit 30,2%. Elle a été retrouvée chez 87,6% des cas examinés, soit 26,5% de la série.

b. Syndrome radiculaire :

Le signe de Lasègue a été recherché chez 48 patients. Il était positif 28 fois, soit 9,5%. Le seuil de flexion de la hanche déclenchant la douleur a été mesuré seulement dans 4 cas. Il avait varié entre 20° et 60°.

chez 83 patients, soit 28,3%. Elle était normale dans 69 cas soit 83,1%. Les différents aspects pathologiques observés sont affichés dans le tableau III (Tableau III).

Tableau III : Images pathologiques reconnues à la radiographie du rachis**Table III:** Pathological images recognized on lumbar radiography

Imagepathologique	Nombre de patients
Pincement discal de L1-L2	1
Pincement discal de L2-L3	1
Pincement discal de L3-L4	1
Pincement discal de L4-L5	5
Pincement discal de L5-S1	4
Ostéophytes	2
Déminéralisation osseuse	3
Spina bifida	1
Lyse isthmique de L5	1

Le tableau IV illustre la répartition des patients ayant bénéficié de radiographies selon l'âge (Tableau IV).

Tableau IV : Radiographies selon l'âge des patients**Table IV:** Radiography according to patient's age

Age	Nombre de patients ayant eu une Radio	Nombre total de patients
< 20	2	13
20-50	55	197
>50	26	83
Total	83	293

D- La conduite à tenir thérapeutique :

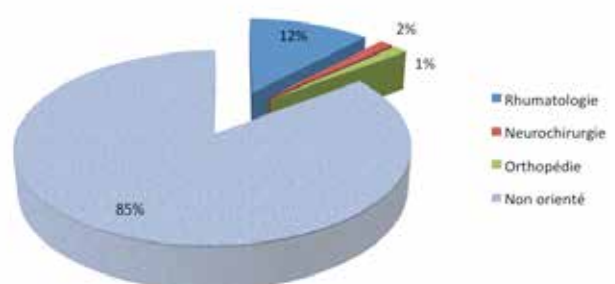
La nature du traitement prescrit a été précisée dans 189 dossiers, soit 64,3% des patients de notre série. Le tableau V illustre les différentes modalités thérapeutiques proposées (Tableau V).

Tableau V : Modalités thérapeutiques proposées**Table V:** Proposed therapeutic solutions

Traitement	Nombre des patients	Pourcentage
Antalgique	172	91%
Anti-inflammatoire	158	84%
Myorelaxant	18	9,5%
Repos au lit	Non mentionné	
Appareillage	0	0

E- Orientation des patients :

La figure 2 montre le devenir des patients après leurs consultations aux urgences (Figure 2). Un seul malade a été adressé en urgence au service de neurochirurgie pour une lombosciatique avec une incontinence urinaire.

**Figure 2 :** Orientation des patients vers les consultations spécialisées

Les radiographies du rachis lombaire ont été pratiquées

IV. DISCUSSION

Dans la population générale, il y a 50 à 85% de sujets qui souffrent au moins une fois dans leur vie de douleurs de dos. La prévalence annuelle de la lombalgie aiguë varie entre 20 et 45% [2]. L'incidence de la hernie discale est estimée à 0,1 à 0,5% par an dans la population âgée de 25 à 65 ans [6].

Les lombalgies sont parmi les cinq motifs de consultation les plus fréquents et représentent entre 2,8 et 6% des consultations en médecine de premier recours [2], ce qui concorde avec les données de notre série où la lombalgie a représenté 2% des consultations en médecine d'urgence.

L'incidence des lombalgies est maximale entre 40 et 60 ans et concerne donc la population active [2]. Ceci se rapproche de notre étude où la plupart des patients sont âgés entre 20 et 50 ans.

Devant ces faits, le médecin de premier recours a donc une responsabilité particulière dans la prise en charge adéquate de la LS aiguë afin d'éviter les dépenses de santé inutiles et dans la mesure du possible que la LS ne devienne chronique.

Trois principaux facteurs de risque sont retrouvés dans la littérature : le statut psychologique, l'intensité de l'activité physique au travail (la station penchée prolongée, la conduite des voitures, les mouvements forcés et répétés) et enfin le stress psychosocial (mauvais ou manque de soutien social au travail) [4].

Ces facteurs de risque n'ont pas été recherchés dans notre série, vu le contexte d'urgence et la rapidité de l'examen. Bien que la reproductibilité de l'anamnèse et des signes physiques soient faibles dans la pathologie lombaire, dans la majorité des cas, l'interrogatoire et un examen clinique simple permettent, non pas un diagnostic anatomique précis, mais le classement dans un cadre nosologique. La première étape de la démarche diagnostique consiste à déterminer, par l'interrogatoire, le caractère inflammatoire ou mécanique des douleurs [4]. L'examen clinique permet d'une part d'identifier une éventuelle cause infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique à l'origine de la lombalgie, et d'autre part d'évaluer la lombalgie dans sa composante douloureuse et son retentissement sur l'activité physique quotidienne ainsi que l'activité professionnelle.

Il est à noter que les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique mentionnées dans les dossiers de notre série étaient succinctes. En effet, l'évaluation de l'intensité de la douleur selon les échelles habituelles (EVA, EN) n'a été mentionnée sur aucun dossier. Le tableau le plus souvent observé est celui de lumbago qui apparaît brutalement après un geste anodin de la vie quotidienne. Le patient signale souvent un blocage rachidien, la douleur est vive, exacerbée par le moindre effort, impulsive à la toux, calmée par le repos. Une attitude antalgique est présente dans la majorité des cas. La palpation met en évidence une contracture des muscles para-vertébraux retrouvée chez 26,5% de nos patients. Elle n'a pas été mentionnée sur les dossiers de 70% des patients.

Le syndrome rachidien est objectivé par l'existence d'une limitation de l'amplitude des mouvements du rachis dans tous les plans de l'espace, communément évalué par le test de Schober et la distance main-sol en flexion (plan sagittal) qui est une mesure simple mais peu fiable [7]. Le syndrome radiculaire est objectivé par le signe de Lasègue qui est en faveur d'un conflit disco-radiculaire.

L'examen neurologique doit être systématique pour s'assurer de l'absence de signes déficitaires des membres inférieurs et/ou du pelvis (troubles sphinctériens et anesthésie en selle), qui constituent un signe de gravité. Cet examen bien conduit est très utile à la recherche d'une anomalie de reflexe, d'un discret déficit musculaire distal ou d'un trouble sensitif et pourrait constituer un examen de référence si le patient reconseille. Le texte de recommandations élaboré sur la LSC, sous l'égide de l'ANDEM [8] reste d'actualité ; il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'argument formel sur les tableaux cliniques nécessitant une prise en charge en urgence. Par accord professionnel, les trois syndromes incitant à une attitude plus active tant sur le plan diagnostique que thérapeutique sont la LS hyperalgique, la LS paralysante et la lombosciatique avec syndrome de la queue de cheval.

L'examen du rachis est complété par un examen général à la recherche des signes d'alerte en faveur d'une lombalgie dite symptomatique. Ces signes d'alerte sont l'âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 50 ans, un antécédent récent de traumatisme violent, une douleur constante et progressive, non mécanique, un antécédent de tumeur maligne, utilisation prolongée de corticoïdes, immunodépression, mauvais état général, amaigrissement inexplicable, atteinte neurologique étendue, déformation structurale et fièvre [2, 9].

La plupart des auteurs concluent que les examens d'imagerie au cours de la LSC aiguë ne sont pas systématiques dans les 7 premières semaines d'évolution ou en absence de signes d'alerte, sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique [2-4, 9-13]. L'absence d'évolution favorable conduira également à raccourcir ce délai [4, 10-12].

Cependant, des radiographies du rachis lombaire sont recommandées en première intention, elles sont habituellement réalisées en charge et comprennent, le cliché dorso-lombo-pelvien de face, un cliché de profil (où l'on enfile le disque L3-L4) et des incidences de face et de profil centrées sur les disques L4-L5 et L5-S1 [4, 9]. Ces radiographies sont pratiquées afin d'éliminer des pathologies spécifiques (infection, tumeur, maladie inflammatoire), mais aussi afin de décrire les troubles de la statique lombo-pelvienne de face (scoliose ou attitude scoliotique, subluxation intersomatique latérale et bascule frontale du bassin) et de profil (spondylolisthésis ou rétroolisthésis, perte de la lordose physiologique, hyperlordose et horizontalisation du sacrum). Les anomalies transitionnelles de la charnière lombosacrée doivent être signalées (sacralisation de L5 ou lombalisation de S1) [9].

Une étude récente indique que la proportion de radiographies demandées en raison de douleurs lombaires et qui



peuvent être considérées comme non nécessaires selon les critères cliniques peut atteindre 50% [12].

Parmi les motifs qui pourraient contribuer à rendre compte de l'utilisation des examens radiologiques, certains appartiennent ainsi au patient, d'autres au clinicien et d'autres encore à l'interaction thérapeutique. Les patients attendent fortement de leurs médecins la prescription d'imagerie et ils les jugent sévèrement lorsqu'elle n'est pas prescrite, ceci peut être expliqué surtout par leur anxiété, et la connaissance, via les médias ou le corps médical, d'autres causes que discales des lombosciatiques. Ainsi pour les médecins, les facteurs conduisant à la pratique non nécessaire des examens radiologiques ont été étudiés par plusieurs auteurs et se résument à : l'anxiété du thérapeute, manque de temps, la crainte de conséquences juridiques, la peur de méconnaître une pathologie grave ou encore le sentiment de ne pas avoir les compétences cliniques suffisantes pour renoncer aux radiographies [10].

Les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit disco-radiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical de la hernie discale. Ces examens ne sont pas de pratique courante dans le contexte de l'urgence. En tout état de cause, ces examens ne seront envisagés qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques [8]. Dans notre étude, aucun de nos patients n'a bénéficié d'un scanner lombaire aux urgences faute d'indication de l'imagerie selon les recommandations.

La réalisation inutile d'examens d'imagerie permet d'objectiver jusqu'à 25% des cas, des hernies discales non responsables de la symptomatologie, ce qui confirme l'absence de parallélisme entre l'imagerie des disques et le diagnostic-pronostic des sciaticques [12]. La connaissance par le patient d'un diagnostic spécifique (pathologie vertébrale ou discale) multiplie par 4,9 le risque de passage à la chronicité [8].

Le traitement de la lombalgie vise à prévenir le passage à la chronicité et ceci passe par plusieurs actions dont le soulagement efficace de la douleur, la réduction de la durée du premier épisode et la reprise des activités le plus rapidement possible [14]. Tous ces éléments indiquent l'absolue nécessité d'un traitement optimal de la LSA.

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 [2-4, 11, 15]. Les prescriptions abusives d'arrêts de travail trop longs aboutissent à une désinsertion sociale et professionnelle du lombalgique, donc doit être utilisé avec précaution. S'il est nécessaire, le repos doit être restreint à un maximum de 3 à 5 jours [2, 15].

Le traitement médical vise à soulager rapidement la douleur afin de faire oublier l'épisode douloureux. Les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontractants musculaires, si une contracture musculaire est objectivée représentent les piliers du traitement médical [2, 4, 13]. La durée du traitement est générale-

ment de 3 à 10 jours. En cas de non-réponse au traitement initial ou de douleur très sévère, des opioïdes seront indiqués [2]. Compte tenu de la composante inflammatoire probablement présente dans tout conflit disco-radiculaire, il est cependant logique de prescrire des AINS à dose d'attaque seuls ou associés à un antalgique pendant 10 à 15 jours. Au-delà de ce délai, les antalgiques sont généralement suffisants, cependant les prescriptions prolongées des AINS peuvent concerner près d'un quart des lombalgiques au delà du premier mois [15]. Ces prescriptions souvent inutiles, exposent à des risques d'ulcérations gastriques ou à d'autres effets indésirables. Les myorelaxants peuvent être classés en benzodiazépines et non benzodiazépines. Leur efficacité semble être démontrée par rapport au placebo [13].

La corticothérapie per os est parfois utilisée en courte cure de 7 à 8 jours à la dose de 20 à 30 mg/j de Prednisone ou exceptionnellement 3 à 4 jours à 1 mg/kg/j dans les sciaticques réellement hyperalgiques ou déficitaires [15]. La rééducation, les manipulations rachidiennes et les infiltrations épidurales ne sont pas habituellement prescrites aux urgences. Ces conduites seront indiquées après une consultation spécialisée [4].

Le traitement chirurgical en urgence (dans les 24 à 48 heures) est réservé aux LS compliquées de troubles sphinctériens (syndrome de la queue de cheval) ou de troubles moteurs [15]. En dehors des situations d'urgence, le traitement radical de la hernie discale lombaire ne doit être envisagé que si le traitement médical s'est avéré inefficace.

Etant donné le bon pronostic des LSC aiguës, il n'est pas nécessaire de revoir le patient. Il faut cependant leur proposer de reconsulter si la symptomatologie ne se résout pas dans les 4-7 jours avec le traitement prescrit ou si un élément nouveau survient (fièvre, troubles neurologiques) [2].

Le soulagement de la douleur n'est qu'un élément accessoire de la prise en charge des lombalgies. L'objectif principal est la reprise des activités. Le suivi des LSC repose donc plus sur l'évaluation de l'incapacité, de la qualité de vie, de la condition physique, et du statut professionnel que sur le suivi de la douleur et de la mobilité rachidienne, même si ces deux derniers items restent indispensables [12].

V. CONCLUSION

Les urgences constituent une consultation privilégiée pour les patients présentant une LSA. Bien qu'au niveau des urgences l'examen clinique est souvent sommaire, il devrait néanmoins permettre le dépistage des atteintes déficitaires neurologiques, qui constituent une urgence chirurgicale. Cette situation reste rare mais aux retombées socio-professionnelles voir même médico-légales fâcheuses. D'où la nécessité d'un examen neurologique comprenant au moins une étude de la motricité réflexe et volontaire.

Les examens complémentaires devraient se limiter, au plus, à un bilan standard, et éviter les escalades de l'ima-

gerie qui confinent le patient dans la sinistrose, sauf dans les atteintes neurologiques.

La résistance au traitement au delà d'une semaine doit faire orienter le patient vers une consultation spécialisée.

De cette prise en charge, qui devrait être la plus adéquate possible, attentionnée mais non passionnée, que dépendra le bon pronostic de la LS.

VI. RÉFÉRENCES

- 1) Bernard D. Classification des lombalgies communes. *Rev Rhum* 2001; 68:145-9.
- 2) Wolf H., Stalder H., Guerne P.A. Lombalgie aiguë. *Primary Care* 2005; 5:52-6.
- 3) Henrotin Y. Recommandations européennes pour la prise en charge des patients souffrant de lombalgie aiguë et chronique. *Kinesither Rev* 2010; 108:14-5.
- 4) Poiraudéau S., Lefèvre Colau M.M., Fayad F., Rannou F., Revel M. Lombalgies. *Encycl Med Chir* 2004; 15-840-C-10.
- 5) Nguyen C., Poiraudéau S., Revel M., Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum* 2009; 76:537-42.
- 6) Coste J., Paolaggi J.B. Revue critique de l'épidémiologie des lombalgies. *Rev Épidémiol Santé Publique* 1989; 37:371-83.
- 7) Hourcade S., Trèves R. Étude rétrospective concernant le scanner lombaire dans les lombalgies et lombosciatiques dans le département de la Haute-Vienne, à propos de 132 cas. *Rev Rhum* 2002; 69:1226-34.
- 8) L'imagerie dans la lombalgie commune de l'adulte. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) ; Décembre 1998.
- 9) Valat J.P., Rozenberg S., Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie ; *Rev Rhum* 2010; 77:158-66.
- 10) Balagué F., Cedraschi C. Examens radiologiques chez les patients lombalgiques : anxiété du patient ? Anxiété du thérapeute ? *Rev Rhum* 2006; 73:895-901.
- 11) Legrand E., Audran M. Étude critique de l'approche multidisciplinaire des Lombalgies. *Rev Rhum* 2001; 68:131-4.
- 12) Berthelot J.M., Guillot P., Glémarec J., Lopes L. Perception de la tomodesitométrie lombaire. Etude chez 150 patients hospitalisés pour sciatique discale. *La Presse Médicale* 1998; 27:51.
- 13) Rozenberg S. Efficacité des myorelaxants dans la lombalgie. *Kinesither Rev* 2010; 108:36-7.
- 14) Lefèvre Colau M.M., Babinet A., Poiraudéau S. Traitement des lomboradiculalgies. *Encycl Med Chir – Rhumatologie Orthopédie* (2004), 328–342.
- 15) Valls I., SarauxA., GoupilleP., KhoreichiA., BaronD., Le Goff P. Existe-t-il des critères prédictifs de la réalisation d'un geste radical au décours d'une hospitalisation pour lombosciatique ? *Rev Rhum* 2001; 68:57-66.