

# Sémiologie et mécanismes de l'attitude antalgique

Pascal Chazerain

Hôpital de la Croix- Saint-Simon  
Hôpital américain de Paris

# Attitude antalgique

- « A l'examen, je constate qu'André L. a pour ainsi dire le corps déjeté, une hanche plus haute que l'autre – Quasimodo dans Notre-Dame de Paris ! La colonne n'est plus droite. A sa partie inférieure, elle dessine un S comme dans la scoliose. D'ailleurs, son beau-frère lui dit « tu t'es déplacé le bassin ». En réalité, cette déviation est la conséquence d'une forte contracture musculaire, qui n'est rien d'autre qu'un stratagème du corps pour tenter d'éviter la souffrance, et dont témoigne l'espèce de corde que font les muscles de la colonne saillant sous la peau. »

*In : J'ai mal au dos ! Robert Maigne, 1996*

# Attitude antalgique

- Sémiologie
- Diagnostics différentiels
- Valeur localisatrice
- Valeur pronostique
- Evolution
- Mécanismes présumés

# Attitude antalgique

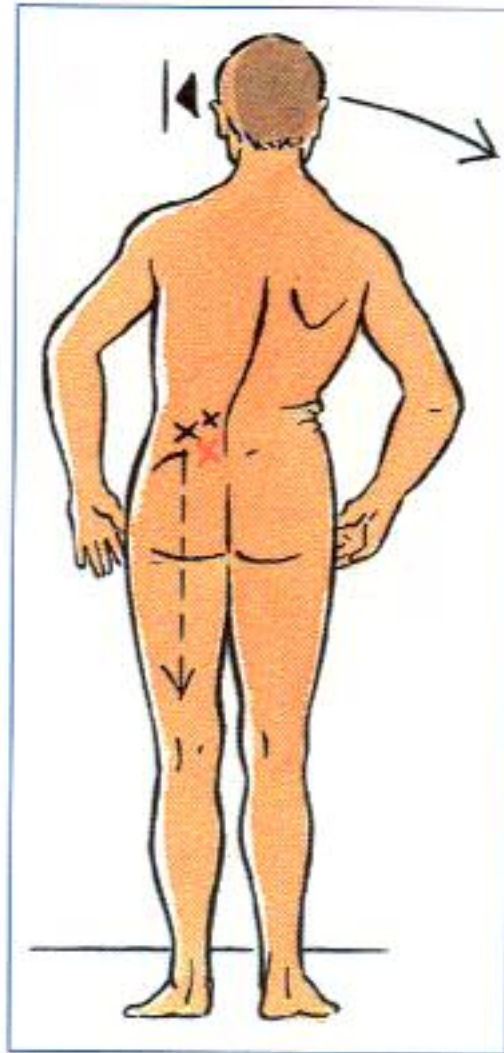
- 1881: mentionné pour la 1<sup>ère</sup> fois
- 1942 (Duncan) : lien avec la hernie discale
- 1949 (de Sèze) : « l'AA a pour effet de soulager la partie de l'anneau discal qui est le siège de la lésion »
- Définition : attitude anormale du tronc irréductible, réalisant un déséquilibre statique de la colonne, dont les tentatives de réduction exacerbent la douleur
- 3 types
  - antéro-postérieure (effacement lordose/cyphose)
  - latérale (croisée ou directe)
  - mixte

Prévalence : 5,6%

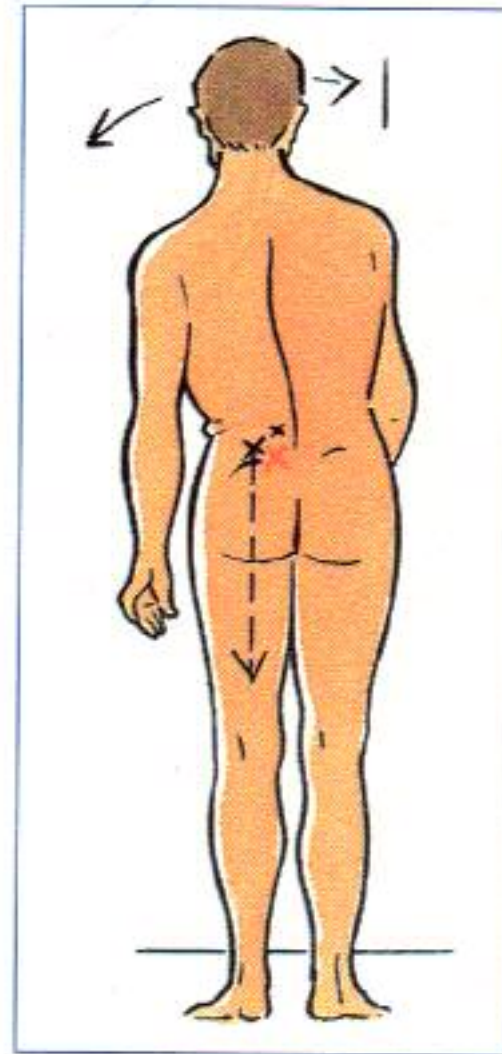
# Attitude antalgique latérale

- Attitude **croisée** :  
inflexion latérale vers  
le côté sain et  
convexité de la  
scoliose antalgique  
du côté douloureux
- La plus fréquente
- Attitude **directe** :  
inflexion latérale vers  
le côté de la  
sciatique et  
concavité de la  
scoliose antalgique  
du côté douloureux

ATTITUDE "ANTALGIQUE CROISEE"  
(douleur gauche)



ATTITUDE "ANTALGIQUE DIRECTE"  
(douleur gauche)



# Diagnostic différentiel

- Théorique
- Attitude scoliotique
- Scoliose structurale
- Scoliose symptomatique (tumeur, infection, traumatisme)
- Camptocormie (indolore et réductible)

# Valeur localisatrice

- **Duncan**
  - latérale croisée si HD postéro-latérale
  - en antéflexion si HD médiane
- **De Sèze** (1000 sciatiques) :
  - AA plus fréquente L5 que S1
  - AA est le plus souvent **croisée** pour L5
- **Porter** (100 sciatiques)
  - aucune corrélation entre le type d'AA et la topographie de la HD. Corrélation possible avec le côté dominant : AA plus souvent du côté opposé au côté dominant ....



# Valeur localisatrice

- Suk (prospective, 45 sciatiques avec AA, opérées) : absence de corrélation entre la direction de l'attitude antalgique et la topographie du conflit disco-radulaire (et le degré de compression)
- Matsui (rétrospective, 40 Lombosciatiques avec AA, opérées) : idem

# Différences AA lumbago/sciatique

- J.Y Maigne : 19 sciatiques et 27 lumbago avec AA vus en consultation
- 19 sciatiques : 15 D/4 G
- 27 lumbago : 12 D/11 G/4 médian
- AA croisée : 79% ( sciatiques) et 33% ( lumbago)
- AA directe : 5% (sciatiques) et 52% ( lumbago)
- AA en antéflexion : 6%(sciatiques) et 15% (lumbago)
- Hypothèses :
  - La prédominance droiet des sciatiques avec AA pourrait être liée au fait que les HD D sont plus volumineuses que les HD G (Carragee, Spine 97)
  - La différence observée de répartition des AA pourrait signifier que les lésions discales responsables de LS et lumbago ne sont pas situées dans les mêmes zones du disque

# Valeur pronostique

- Aucun test clinique n'a démontré sa valeur pronostique. L'existence d'une AA et sa sévérité ne font pas exception.
- Spine 89 (113 LS discales) : valeur péjorative de l'AA surtout si associée à un Lasègue (chez 10% sans AA et sans Lasègue, 30% avec AA et 48% avec AA et Lasègue)
- Spine 99 (34 LS opérées) : corrélation entre la pression sur la racine et la sévérité de l'AA (absence de corrélation avec le Lasègue direct et croisé)

# Evolution

- Régression habituelle
- Peut persister une fois la sciatique guérie médicalement ou chirurgicalement
- Spine 98 (40 sciatiques opérées) : diminution moyenne de l'AA de  $10,7^\circ$  à  $2,7^\circ$  (avec un délai moyen de 7,5 mois). Délai de résolution de l'AA supérieur pour les HD latérales/médianes

# Mécanismes présumés (?)

- Peu de travaux expérimentaux
- Contracture musculaire irréductible, asymétrique des muscles paravertébraux réactionnelle à une lésion discale (par le biais d'une stimulation nociceptive)
- L'AA aurait pour « fonction » d'éloigner la racine de la HD
- ISSLS 99 : mesure de l'activité des muscles du tronc (agonistes et antagonistes) après une stimulation nociceptive (capsaïcine) du disque et de l'articulaire post. Résultats : augmentation significativement plus importante des fléchisseurs par rapport à leurs antagonistes
- Quid des enzymes musculaires ? Des cas d'AA au cours du Sd d'insensibilité congénitale à la douleur ? .....

# Conclusion

- Etude de littérature décevante
- Signe clinique caractéristique, bien que peu fréquent, de l'étiologie discale
- Pas de valeur pronostique
- Mécanismes non élucidés
- Peu d'avancées, eu égard aux progrès majeurs concernant la meilleure connaissance de la physiopathogénie de la HD