

R. MAIGNE

La spondylolyse et le spondylolisthésis sont le plus souvent asymptomatiques.

On dispose de très peu de statistiques permettant d'estimer la responsabilité de ces lésions dans une population de lombalgiques. Celle de Mac Nab présente un intérêt particulier puisqu'elle porte sur 996 lombalgiques.

Sachant que dans une population blanche d'Amérique du Nord, l'incidence du spondylolisthésis par lyse isthmique est de 6% (3% pour la race noire), Mac Nab a constaté qu'elle était de 7,6% dans cette population de lombalgiques. Mais s'il répartit ces lombalgiques en trois groupes d'âge :

- 1 - au-dessous de 25 ans (116 cas),
- 2 - de 26 à 39 ans (350 cas),
- 3 - plus de 40 ans (530 cas),

les résultats deviennent beaucoup plus intéressants :

- chez les moins de 25 ans, l'incidence est de 18,9% alors qu'il est de 7,6% dans le deuxième groupe et de 5,2% dans le troisième.

Il en conclue que lorsqu'un sujet jeune présente un spondylolisthésis, celui-ci est sans doute la cause de la lombalgie, alors que c'est de moins en moins probable avec l'âge.

LOMBALGIE ET LYSE ISTHMIQUE FRAICHE

Il s'agit habituellement d'un sujet jeune qui pratique activement un sport en hyperextension et qui souffre de douleurs lombosacrées à caractère mécanique dont l'intensité va croissante. La douleur a souvent débuté au cours d'un effort.

Les signes radiologiques sont la clef du diagnostic précoce à un stade prélytique mais ce diagnostic radiologique précoce n'est pas toujours facile.

On recherche une image de condensation du pédicule et de l'isthme et une interruption de la corticale. Mais chez certains sujets hyperlordotiques, il peut ne pas exister d'interruption isthmique alors qu'existe une lésion spondylolytique.

La scintigraphie peut confirmer le remaniement pathologique en cours s'il s'agit d'une lyse fraîche, qui est en fait, une fracture de contrainte.

Celle-ci est la conséquence d'un "effet coupe cigare" sur l'isthme

pris entre l'articulation inférieure de L5 et l'articulation supérieure du sacrum. D'autres facteurs jouent un rôle en particulier un déséquilibre antéropostérieur du rachis (Vidal et Marnay).

Un corset plâtré porté six semaines stoppe la douleur et peut aussi stopper le processus.

Il faudra ensuite si possible, s'attacher à corriger le geste sportif, mais surtout prescrire une rééducation en cyphose.

Au début, la lésion est unilatérale. En général, elle se bilatéralise rapidement. Mais 15 à 30% des lyses isthmiques restent unilatérales selon Maldague et Malghem. Ces auteurs notent que dans ces cas, 1/3 des sujets - surtout des adolescents et des adultes jeunes - souffrent de lombalgies unilatérales. Ces lombalgies siègent du côté opposé à celui de la lyse. L'isthme sain présente généralement une hyperostose réactionnelle et il existe un désalignement de la ligne des épineuses sus jacentes. Il faut alors rechercher attentivement l'existence d'une fissuration.

Les incidents lombaires de départ peuvent être peu bruyants et passer inaperçus. Ailleurs, les épisodes lombalgiques sont volontiers mis sur le compte d'un excès d'entraînement, mais bien des sujets restent asymptomatiques.



Figure 1 : Spondylolisthésis. Faible lordose lombaire. Rôle possible de la discopathie L5-S1? Ce patient souffrait en fait d'un syndrome dorso-lombaire.

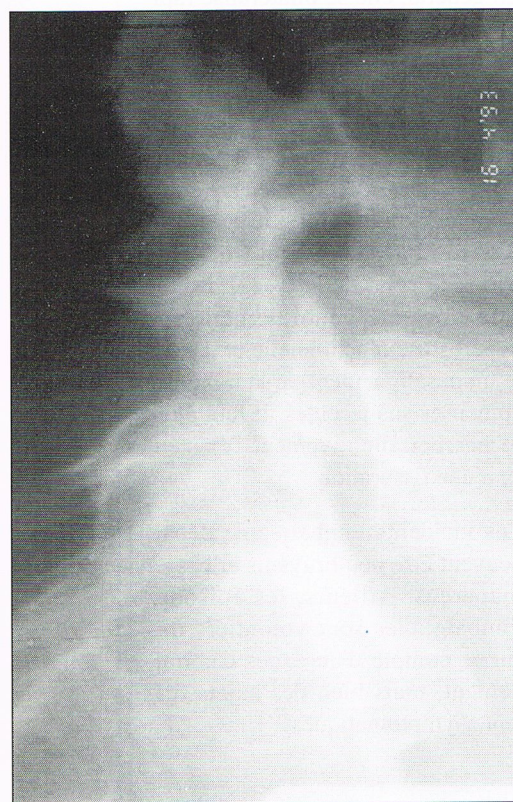


Figure 2 : Spondylolisthésis avec hyperlordose importante. Rôle possible d'un conflit entre le pôle inférieur de l'articulaire de L4 et l'isthme de L5. Efficacité temporaire de l'anesthésie locale à ce niveau.

LOMBALGIES ET SPONDYLOLISTHÉSIS

La lyse isthmique peut rester stable. Dans un cas sur deux, elle va favoriser un glissement en avant de L5. Celui-ci constituerait une recherche d'un meilleur équilibre antéropostérieur du rachis. Le listhésis sera généralement faible. La dégénérescence progressive du disque L5-S1, peut entraîner un glissement lent et progressif évoluant sur 15 à 20 ans. Ce glissement ne dépassera pas 40% de la dimension sagittale du plateau sacré s'il n'y a pas de dysplasie marquée de L5 et du plateau sacré (Roy-Camille).

Si celles-ci sont présentes, les conditions mécaniques sont complètement modifiées et le glissement devient plus important allant dans des cas extrêmes, jusqu'à la spondyloptose ce qui justifiera des attitudes thérapeutiques particulières.

Mais tous les auteurs s'accordent pour souligner qu'il n'y a aucun parallélisme entre l'importance du glissement et la symptomatologie lombaire.

Bien des sujets resteront asymptomatiques. D'autres auront des lombalgies modérées ou épisodiques,

avec éventuellement des incidents aigus, mais qui ne se différencient guère des lombalgies survenant chez des sujets sans lyse ni listhésis.

Il peut s'agir de lombalgies pures. La topographie peut être uni ou bilatérale, mais dans quelques cas médiane et même ponctuelle, ce qui correspond généralement à une douleur interépineuse (test à la xylocaïne).

Il peut s'agir de lombalgies avec irradiations aux membres inférieurs à type de sciatique, ou atypiques uni ou bilatérales ne dépassant pas le genou.

Un signe nous a paru très fréquent : la douleur provoquée par l'hyperextension.

Dans de rares cas, la douleur est invalidante.

MÉCANISME DE LA DOULEUR

La douleur lombaire peut être d'origine discale, articulaire postérieure, due à la lyse elle-même, au ligament interépineux, mais elle peut dans une proportion de cas non négligeable, surtout chez les plus de 40 ans provenir de la charnière thoraco-lombaire.

- Origine discale : Roy-Camille et Coll n'ont jamais constaté de hernie discale en L5-S1, mais la dégénérescence de ce disque peut être une cause de lombalgie. Ce n'est sans doute pas la plus fréquente. Dans une étude de Maezawa et Coll. où est

recherchée la douleur provoquée par l'injection discographique, la douleur habituelle n'est reproduite que dans 3 cas sur 18 porteurs de spondylolisthésis par lyse isthmique.

Le disque L4-L5 est le plus souvent asymptomatique. Il peut toutefois exceptionnellement présenter une hernie discale (Roy-Camille).

- La lyse elle-même est susceptible d'être à l'origine de certaines douleurs, car elle est le siège d'une néoarticulation (Roy-Camille), de même que le conflit entre l'isthme et le pôle inférieur de L4.
- Mais il semble bien que la source la plus fréquente de la douleur soit les articulations postérieures. Elles peuvent être aussi responsables de douleurs projetées dans les membres inférieurs à allure plus ou moins sciatique (W. Taillard).
- Dans certains cas, le ligament interépineux, avec ou sans syndrome de Baastrup, est le responsable.
- Mais il faut toujours penser à une douleur lombaire basse provenant de la jonction dorso-lombaire. Cette origine peut être isolée, ou associée à une origine basse lombaire. Nous avons précédemment décrit le tableau de cette lombalgie trompeuse (R. Maigne 1972) qui n'est pas propre aux spondylolisthésis. Elle représente dans nos statistiques, un tiers des lombalgies communes, surtout chez les plus de 40 ans.

LA LOMBALGIE D'ORIGINE DORSO-LOMBAIRE

La "lombalgie basse d'origine haute" (R.M.) donne tout-à-fait le change avec une lombalgie d'origine basse puisque le sujet ne présente jamais de douleur au niveau dorso-lombaire.

Elle est en règle, unilatérale, mais ce caractère n'est pas toujours signalé par les patients, et il n'est pas rare que ceux-ci décrivent une douleur "en barre" ou bilatérale, alors que les signes d'examen sont unilatéraux.

La douleur transmise via la branche postérieure de D12, L1 ou L2, n'a aucun caractère particulier. Elle peut être aigue donnant un tableau de lumbago aigue sans scoliose antalgique, ou chronique ce qui constitue la forme la plus fréquente. La douleur est purement lombaire basse.

La cause la plus habituelle est un "Dérangement Intervertebral Mineur" (D.I.M.).

Les signes de cette lombalgie sont strictement cliniques et demandent une recherche méthodique et attentive.

■ AU NIVEAU LOMBO-FESSIER

L'attention sera attirée :

1 - Par une sensibilité des plans cutanés de la partie supérieure de la fesse à la manœuvre du pincé roulé du côté concerné. Le pli est épaissi. Cette cellulalgie plus ou moins étendue, occupe parfois la région sus iliaque, l'examen est comparatif avec le côté opposé.

2 - La palpation de la crête iliaque révèle un point douloureux situé à 7 ou 8 cm de la ligne médiane : "le point de crête". Il correspond à la compression du rameau cutané de la branche postérieure à son point de croisement avec la crête iliaque.

■ AU NIVEAU DORSO- LOMBAIRE

On recherchera avec application sur le patient, couché à plat ventre avec un coussin sous le ventre, ou mieux couché en travers de la table :

1 - Une douleur articulaire postérieure D11-D12, D12-L1, ou L1-L2. Elle sera retrouvée sur un segment, parfois sur deux segments adjacents, du côté des signes fessiers. Cette recherche est faite avec la pulpe du médius renforcé par l'index qui s'appuie sur sa face dorsale ;

2 - Une douleur à la pression latérale sur l'épineuse

Cette pression est exercée avec un pouce ou avec les deux pouces superposés, de droite à gauche, puis de gauche à droite. Elle n'est, en général, douloureuse que dans un seul sens : par exemple, de la droite vers la gauche si la lombalgie est droite.

Cette pression latérale peut aussi être réalisée sur le patient, couché sur le côté - droit, puis gauche - genoux et cuisses fléchis, le médecin faisant face au patient.

L'infiltration articulaire postérieure, pratiquée à titre de test avec 2 ml de lidocaïne, soulage presque aussitôt le patient, faisant transitoirement disparaître la douleur au mouvement et les signes d'examen. Elle confirme le diagnostic.

Radiologiquement, l'aspect de la jonction dorso-lombaire est habituellement normal ou ne présente que des lésions banales. De temps en temps, on peut constater un tassement de D12 ou L1 consécutif à un traumatisme ancien souvent méconnu.

Cette lombalgie d'origine dorso-lombaire peut être isolée ou associée à une lombalgie d'origine basse.

TRAITEMENTS

Les traitements des lombalgies survenant chez des sujets qui présentent une spondylolyse ou un spondylolisthésis, sont les mêmes que lorsqu'il s'agit de lombalgies discales ou d'origine articulaire postérieure.

Mais une fois la poussée aiguë calmée, la rééducation constituera le temps essentiel du traitement. Les rares cas rebelles et invalidants relèveront de la chirurgie.

Si l'origine de la lombalgie est dorso-lombaire, le traitement consistera en manipulations dans la

mesure où il n'y a pas de contraindication à leur emploi ; il est très efficace. Mais il arrive que des manœuvres approximatives soulagent le patient, il est généralement nécessaire d'employer des manœuvres très précises. Celles-ci bien faites, n'ont aucun caractère traumatisant. A défaut on peut soulager le patient par des infiltrations (2 à 3) faites avec un dérivé cortisonique retard. Si celles-ci ont un effet positif mais peu durable, la thermocoagulation percutanée est à envisager.

La rééducation s'avère en général peu efficace dans ce type de lombalgie.

Dans certains cas, le traitement vertébral fait disparaître la douleur segmentaire dorsale alors que persistent plus ou moins marqués, le point de crête" et la cellulalgie fessière et que le patient est incomplètement soulagé.

Il convient alors, d'infiltrer ce point de crête et de traiter localement la zone cellulalgique. Il semble s'agir d'un mini-syndrôme canalaire de la branche postérieure à son croisement avec la crête iliaque. Il peut arriver que ce Syndrôme canalaire soit dominant, comme l'ont montré des dissections de J.Y. Maigne et la réussite de la libération chirurgicale des rameaux nerveux.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - MAC NAB I
Backache William and Wilkins Baltimore 1979.
- 2 - MAEZAWA S., MURO T.
Pain provocation at lumbar discography as analyzed by computed tomography/Discography
Spine, 17, 11, 1992.
- 3 - ROY-CAMILLE R, SAILLANT G., RODINEAU J., COULON J.P.
Disques lombaires et spondylolisthésis in "Lombalgies et Médecine de Rééducation"
(Simon L., Rabourdin J.P.) Masson Paris 1983
- 4 - MALDAGUE E., MALGHEM J.
Aspects radiologiques dynamiques de la spondylolyse lombaire.
Acta orthop. Belg. 1981, 47, 441-457.
- 5 - DREVET J.G., AUBERGE Th., MAGNOL A, LELONG C., BLANC D., RAMPONNEAU J.P.
La pathologie microtraumatique des isthmes lombaires : lyse isthmique ou spondylolyse.
Rev. Rhuma. 1990, 57 (5) 385-392.
- 6 - MAIGNE R.
Origine dorsolombaire de certaines lombalgies basses. Rôle des articulations interapophysaires et des branches postérieures des nerfs rachidiens.
Rev. Rhum. 1974, 41, 12, 781-789.
- 7 - MAIGNE R.
Low back pain of thoraco-lumbar origin.
Arch. Phys. Med. Rehabil. 1980, 23, 150-168.
- 8 - MAIGNE J.Y.
Une nouvelle cause de lombalgie : Le Syndrôme canalaire de crête iliaque postérieure.
Rev. Med. Orth. 1992, 28, 21-23.
- 9 - TAILLARD W.
Le Spondylolisthésis
Masson - Paris 1957.