

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-9 - Douleurs dorsales - Homme 71 ans

Service d'urgences
Kevin Baker, homme de 71 ans, consultant aux urgences pour douleurs dorsales

T° 37°C	TA 125/80 mmHg	FC 68 bpm	FR 14/min
------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/53

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai mal au dos]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur dorsale				0
Localisation [Mon bas du dos me fait mal]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [2/10 quand je suis allongé immobile, 6/10 quand je plie le dos ou quand je tousse]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [C'est une douleur lancinante]	<input type="checkbox"/>			
Début [Ça a commencé hier]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Je ne sais pas. Je déchargeais des courses de mon pick-up quand ça a soudainement commencé]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constant/intermittent [Non, ça a été la même douleur atroce tout le temps]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [J'ai eu mal au dos au fil des ans, mais jamais comme ça]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Parfois je ressens aussi la douleur dans ma cuisse droite]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [J'ai pris du Tylenol, mais ça n'a pas beaucoup aidé. À part ça, ça aide si je m'allonge et évite les mouvements brusques]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Ça empire quand je tousse ou quand je me penche en avant]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Recherche de symptômes spécifiques - Drapeaux rouges				0
Traumatisme [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Sueurs nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption/changements cutanés (sur le dos) [Non]	<input type="checkbox"/>			
Toux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs articulaires [À part mon mal de dos, non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes urinaires [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes intestinaux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [Mon appétit a été normal]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [Non]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Recherche de symptômes neurologiques				0
Sensation de picotements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse musculaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Engourdissement (particulièrement membres inférieurs) [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dysfonction érectile [Non]	<input type="checkbox"/>			
6. Antécédents médicaux [J'ai un diabète de type 2]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
7. Antécédents chirurgicaux [J'ai eu mes hémorroïdes enlevées il y a 3 ans]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

8. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	
9. Médicaments 0				
Médicaments actuels [J'ai pris du Tylenol en vente libre ces derniers jours à cause du mal de dos, et de l'insuline pour le diabète]	<input type="checkbox"/>			
Quantité de Tylenol [Je dirais trois comprimés de 500 mg depuis hier]	<input type="checkbox"/>			
10. Hospitalisations [Jamais]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	
11. Antécédents familiaux [Mon père avait un cancer de la prostate]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
12. Habitudes et mode de vie 0				
Occupation [Je suis un enseignant à la retraite]	<input type="checkbox"/>			
Domicile [Je vis seul. Je suis divorcé et j'ai un enfant adulte]	<input type="checkbox"/>			
Alcool [Un verre de vin rouge le week-end]	<input type="checkbox"/>			
Drogues illicites [Jamais]	<input type="checkbox"/>			
Tabac [Je fume un paquet de cigarettes par jour depuis 40 ans]	<input type="checkbox"/>			
Exercice [Non]	<input type="checkbox"/>			
Alimentation [Je pense qu'elle est assez normale. Je mange de la viande, du poisson et des légumes ; principalement des repas faits maison]	<input type="checkbox"/>			
13. Histoire sexuelle 0				
Activité sexuelle [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Avec qui [Ma petite amie]	<input type="checkbox"/>			
Nombre de partenaires dans l'année [J'ai couché avec 2 femmes au cours de l'année passée]	<input type="checkbox"/>			
Protection [J'utilise toujours des préservatifs]	<input type="checkbox"/>			

Examen clinique (25%)			Score : 0/13	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène 0				
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen du dos 0				
Inspection du dos	<input type="checkbox"/>			
Examen de la colonne vertébrale [Sensibilité vertébrale à la palpation sur L2-L4]	<input type="checkbox"/>			
3. Test de Lasègue (élévation jambe tendue) [Négatif]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Examen des extrémités	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
Inspection des membres inférieurs				
5. Examen neurologique 0				
Examen ciblé des mouvements passifs et actifs	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de la sensibilité	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des réflexes ostéo-tendineux	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de la marche [Marche lentement à cause de la douleur dorsale]	<input type="checkbox"/>			
Signe de Babinski	<input type="checkbox"/>			

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				
Diagnostics différentiels à considérer				
Causes mécaniques/dégénératives				
<ul style="list-style-type: none">• Hernie discale → IRM rachis lombaire Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Douleur lombaire aiguë sévère lancinante<input type="checkbox"/> Irradiation dans le dermatome (cuisse droite)<input type="checkbox"/> Augmentation avec toux/flexion (manœuvre de Valsalva)<input type="checkbox"/> Amélioration au repos allongé<input type="checkbox"/> Antécédents de lombalgie chronique moins sévère<input type="checkbox"/> Effort physique déclenchant (déchargement pick-up)Contre : Absence de déficit neurologique, Lasègue négatif (mais peut être négatif chez personne âgée)• Fracture vertébrale pathologique → Radiographie + CT rachis Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Âge > 70 ans (risque ostéoporose)<input type="checkbox"/> Tabagisme prolongé (facteur de risque ostéoporose)<input type="checkbox"/> Absence d'exercice physique<input type="checkbox"/> Sensibilité vertébrale localisée L2-L4<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux cancer prostate (métastases possibles)<input type="checkbox"/> Douleur aiguë sans traumatisme majeurContre : Irradiation typique, pas de symptômes constitutionnels• Entorse musculaire → Examen clinique Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Effort physique déclenchant<input type="checkbox"/> Lasègue négatif<input type="checkbox"/> Cause la plus fréquente de lombalgieContre : Irradiation dans la cuisse, sensibilité vertébrale (plutôt paravertébrale attendue)				
Causes néoplasiques				
<ul style="list-style-type: none">• Métastases osseuses → IRM + scintigraphie osseuse Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Antécédents familiaux cancer prostate<input type="checkbox"/> Tabagisme (risque cancer poumon)<input type="checkbox"/> Âge 71 ansContre : Absence de perte de poids, sueurs nocturnes, symptômes urinaires				
Autres causes				
<ul style="list-style-type: none">• Spondylolisthésis dégénératif → Radiographie dynamique Arguments POUR : Âge, douleur mécanique Contre : Début aigu• Sténose spinale → IRM rachis Contre : Pas de claudication neurogène, début aigu• Abcès épidural spinal → IRM avec gadolinium Contre : Pas de fièvre, pas d'immunosuppression				
2. Examens complémentaires urgents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Examen rectal [Les lésions des fibres nerveuses L3-S5 (syndrome de la queue de cheval) et S3-S5 (syndrome du cône médullaire) peuvent causer une diminution du tonus rectal]				
3. Examens d'imagerie				0
IRM du rachis [pour confirmer une hernie discale et évaluer les signes d'ostéoporose ou de métastases osseuses]	<input type="checkbox"/>			
Radiographie du rachis [pour évaluer les lésions dégénératives et inflammatoires de la colonne vertébrale ainsi que les signes d'ostéoporose ou de métastases osseuses]	<input type="checkbox"/>			
CT du rachis [pour localiser une fracture vertébrale et évaluer la stabilité]	<input type="checkbox"/>			
4. Examens spécialisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Absorptiométrie biphotonique (DEXA) [pour calculer la densité minérale osseuse. Recommandation générale pour les femmes ≥ 65 ans et les hommes ≥ 70 ans]				

5. Communication avec le patient

0

- Explications au patient des impressions diagnostiques préliminaires ☐
- Explication du plan de prise en charge ☐
- Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux ☐
- Évaluation de l'accord du patient avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions du patient ☐

6. Conseil et prévention

0

- Conseil sur les pratiques sexuelles sûres ☐
- Conseil sur l'arrêt du tabac ☐
- Réaction appropriée au défi concernant la dépendance aux antalgiques ☐

Prise en charge du diabète de type 2

- Metformine 500 mg × 2/j, augmentation progressive
- Cible HbA1c < 7% en général (< 53 mmol/mol)
- Auto-surveillance glycémique si insuline
- Activité physique 150 min/semaine minimum
- Perte de poids 5-10% si surpoids
- Régime méditerranéen, contrôle portions

Intensification thérapeutique si échec

- Ajout SGLT2i ou GLP-1 agoniste si CV+
- DPP-4 inhibiteur si pas de surpoids
- Sulfamide en dernier recours (risque hypo)
- Insuline basale si HbA1c > 10%
- Schéma basal-bolus si échec basal seul
- Éducation thérapeutique indispensable

Prévention des complications

- Statine systématique si > 40 ans
- IEC/ARA2 si microalbuminurie
- Aspirine si haut risque CV
- Fond d'œil annuel (rétinopathie)
- Examen pieds à chaque consultation
- Vaccination grippe et pneumocoque

⚠ Drapeaux rouges de la lombalgie

1. **Syndrome de la queue de cheval**
Rétention/incontinence fécale ou urinaire, anesthésie en selle
2. **Déficit neurologique progressif**
Faiblesse progressive, déficit localisé à une racine nerveuse
3. **Suspicion de malignité**
Antécédents ou risque élevé de cancer, perte de poids, sueurs nocturnes
4. **Infection**
Fièvre, immunosuppression, usage de drogues IV
5. **Fracture**
Traumatisme, ostéoporose, usage de corticoïdes

Clôture de consultation

Défi : Peur de la dépendance aux antalgiques

[J'ai peur de devenir dépendant aux médicaments contre la douleur]

Réponse type du candidat

M. Baker, je comprends que vous avez peur de devenir dépendant aux médicaments contre la douleur. Il est important de bien traiter la douleur car cela aide le processus de guérison et peut prévenir le développement de douleurs chroniques. Laissez-moi vous rassurer que prendre des médicaments contre la douleur pendant une courte période est très peu susceptible de causer une dépendance. Nous pouvons aussi vous prescrire un médicament contre la douleur avec un faible potentiel addictif. Pour vous assurer de ne pas développer de dépendance au médicament, il est important que vous preniez le médicament exactement comme prescrit et que vous me parliez si vous sentez que vous avez besoin de plus ou d'un médicament différent.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>Empathie, écoute active, validation des émotions</i> <i>Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps</i> <i>Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension</i> <i>Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée</i> <i>Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse
0%

Examen clinique
0%

Management
0%

Communication
0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

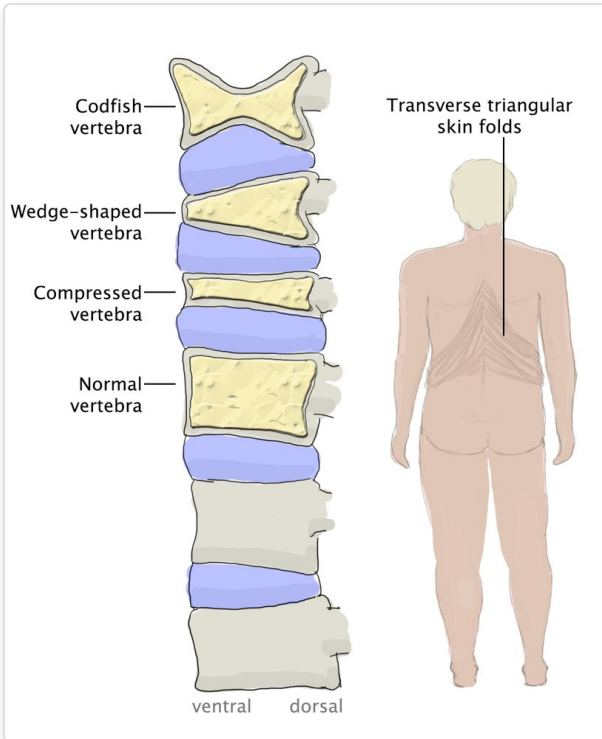
E

<60%

Fractures vertébrales dues à l'ostéoporose

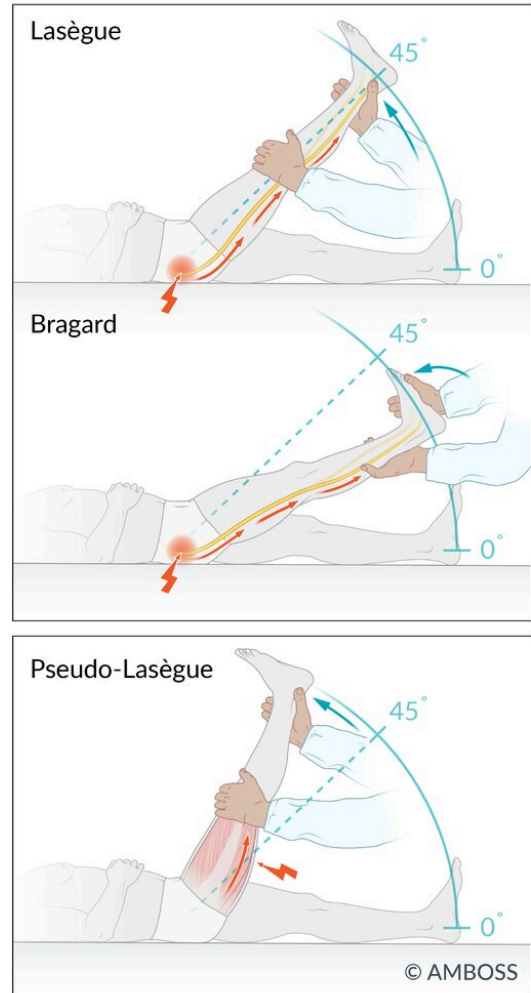
Représentation schématisée des fractures vertébrales ostéoporotiques typiques : vertèbre en poisson, cuniféforme et comprimée.

Les fractures vertébrales peuvent réduire la hauteur de la colonne vertébrale, ce qui entraîne des plis cutanés transversaux triangulaires typiques.



Tests d'élévation de la jambe tendue

Tests d'élévation de la jambe tendue : Illustrations des différentes techniques pour évaluer l'irritation des racines nerveuses lombaires.



Carte des dermatomes

Représentation schématique des dermatomes du corps (zones de peau innervées par une seule racine spinale sensorielle).

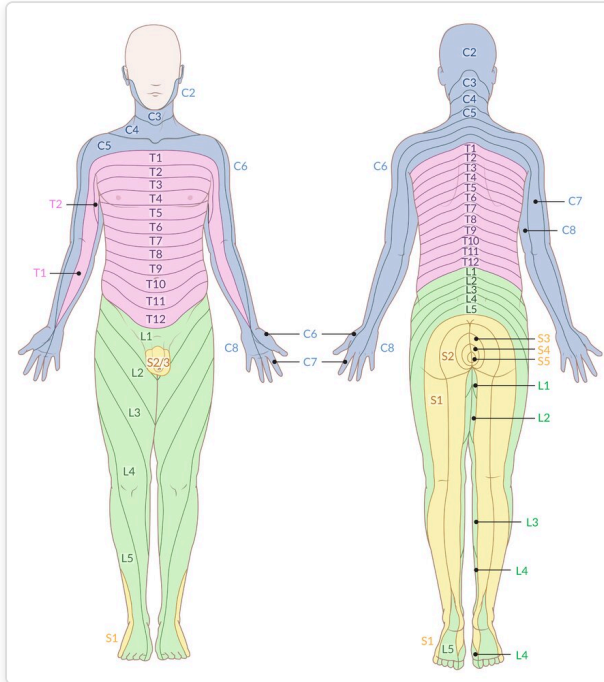
Note : Presque toutes les cartes de dermatomes se réfèrent aux publications de Head et Campbell

(1900), Foerster

(1933), ou Keegan et Garrett

(1948), qui diffèrent significativement dans certaines zones.

Après examen attentif de la littérature actuelle, cette illustration est basée sur le travail de Keegan et Garrett, car il est le plus susceptible d'être basé sur une méthodologie valide et corrèle avec les résultats cliniques établis.



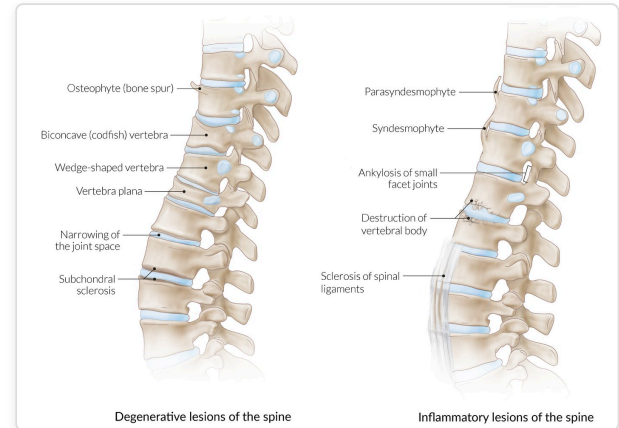
Lésions dégénératives et inflammatoires du rachis

Lésions dégénératives et inflammatoires du rachis.

Les lésions dégénératives résultent de l'usure et sont associées à l'âge avancé.

Les lésions inflammatoires surviennent dans des maladies comme la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis.

S'il y a une érosion sous-chondrale ou une destruction du corps vertébral, considérer une infection bactérienne ou une tumeur comme étiologies possibles.

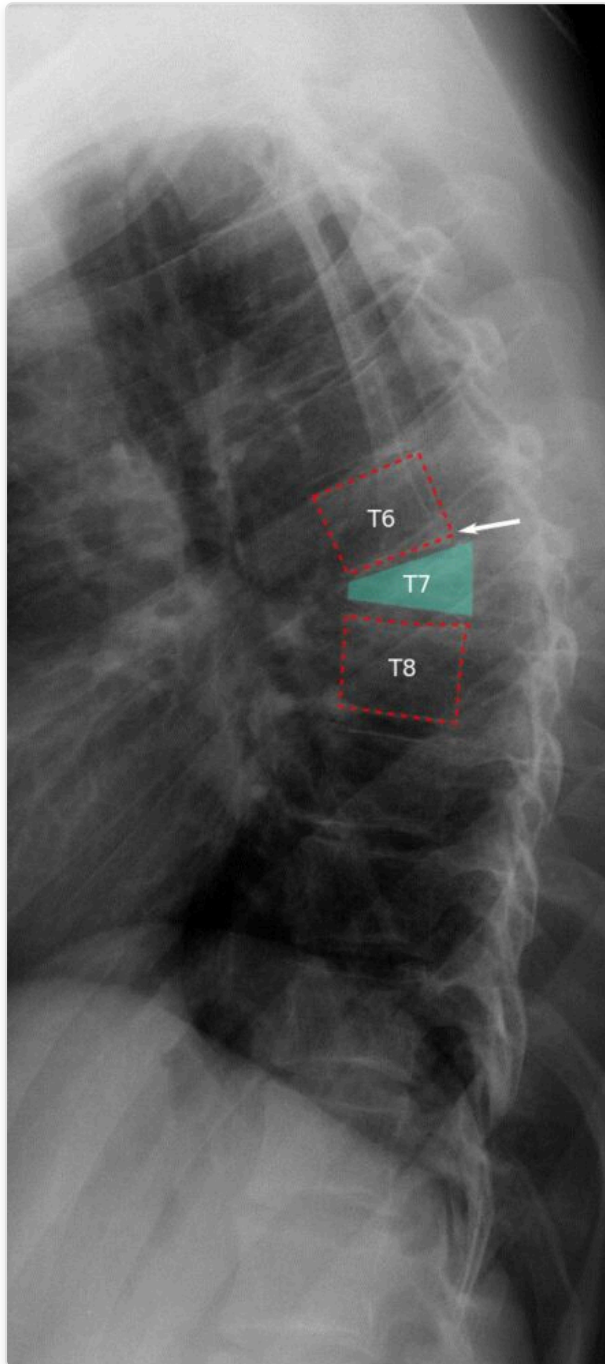


Fracture-tassement cunéiforme thoracique

Radiographie du rachis thoracique (vue latérale) d'un patient avec ostéoporose.

Il y a une fracture par insuffisance du corps vertébral T7, qui est cunifforme antérieurement (superposition verte) et accompagnée d'une subluxation antérieure (flèche) du corps vertébral T6. Les déformations par compression cunifforme sont fréquemment ostéoporotiques, bien qu'elles puissent alternativement être pathologiques (secondaires à une lésion osseuse focale) ou traumatiques.

Contours pointillés rouges : vertèbres normales.

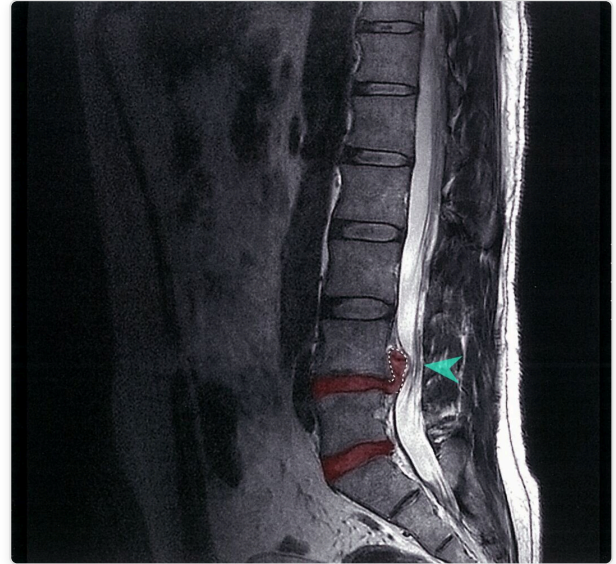


Discopathie dégénérative avec extrusion discale

IRM du rachis lombaire (pondération T2 ; plan sagittal).

Des disques dégénérés hypointenses (superposition rouge) en L4-5 et L5-S1 sont accompagnés d'un rétrécissement de l'espace discal.

Une extrusion discale (contour blanc pointillé) en L4-5 a migré supérieurement derrière le corps vertébral L4 et rétrécit le sac thécal (pointe de flèche).



Fracture-éclatement du corps vertébral T12

CT du rachis thoracique (niveau T12 ; gauche : plan sagittal ; droite : plan axial ; fenêtre osseuse).

Une fracture par compression du plateau supérieur (superposition et lignes rouges) est accompagnée d'une disruption corticale et d'une rétropulsion (flèche) dans le canal rachidien.

Les fractures-éclatement résultent de forces de compression axiale de haute énergie accompagnées de degrés variables de flexion et/ou rotation.

Elles peuvent être des fractures stables ou instables.



Fractures vertébrales aiguës et chroniques

IRM du rachis lombaire (gauche : image STIR ; droite : pondération T1 ; plan sagittal).

Des déformations par compression des vertèbres T8, T10 et L4 (superpositions vertes) sont visibles.

Les fractures T8 et T10 sont hyperintenses sur l'image STIR, indiquant qu'elles sont récentes.

Le plateau supérieur compressé de L4 est iso- à hypointense, indiquant une déformation ancienne ou chronique.

L'apparence hypointense du disque intervertébral L2-3 (cercle vert) sur l'image STIR indique une dégénérescence discale.



Scénario pour le patient standardisé

Nom : Kevin Baker | **Âge :** 71 ans

Contexte : Enseignant retraité consultant aux urgences pour lombalgie aiguë

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai mal au dos.»

Si on demande s'il y a autre chose : «C'est vraiment douloureux, surtout quand je bouge.»

Consignes

- Agir de manière grincheuse. Vous êtes agacé quand votre dos est examiné parce que c'est douloureux.
- Quand l'examineur entre dans la pièce, asseyez-vous sur le bord de la chaise d'examen et essayez de vous pencher en arrière autant que possible.
- Si l'examineur ne propose pas d'incliner la chaise après que vous ayez mentionné que s'allonger soulage votre douleur, répondez seulement par des phrases très courtes ou par 'oui' et 'non' si possible.
- Faites semblant d'avoir mal au dos quand l'examineur palpe votre bas du dos. Dites à l'examineur de faire attention quand il/elle examine votre dos.
- Marchez lentement et avec prudence à cause du mal de dos.
- Si l'examineur soulève votre jambe dans le cadre d'un test clinique (test de Lasègue), faites seulement semblant d'avoir mal si votre jambe est levée > 80°.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: IRM) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Quand l'examineur explique ses impressions, dire 'J'ai peur de devenir dépendant aux médicaments contre la douleur.'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Lombalgie aiguë depuis hier
- Douleur lancinante 6/10 à la mobilisation, 2/10 au repos
- Irradiation dans la cuisse droite
- Déclenchée en déchargeant le pick-up
- Aggravée par toux et flexion
- Soulagée par position allongée

Symptômes associés :

- Pas de déficit neurologique
- Pas de troubles sphinctériens
- Pas de symptômes constitutionnels
- Antécédents de lombalgie chronique moins sévère

Simulation

Durant l'entretien :

- Montrer de l'irritabilité due à la douleur
- Position antalgique (penché en arrière)
- Réticence à bouger
- Devenir moins coopératif si pas d'aide pour s'allonger
- Inquiétude sur la dépendance aux antalgiques

Durant le status :

- Douleur à la palpation L2-L4
- Marche lente et prudente
- Test de Lasègue négatif jusqu'à 80°
- Pas de déficit neurologique objectif

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 71 ans avec lombalgie aiguë sur fond de lombalgie chronique. Facteurs de risque multiples : âge avancé, tabagisme prolongé, sédentarité, diabète. Tableau clinique typique de hernie discale mais attention aux diagnostics différentiels vu l'âge et les facteurs de risque.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e fait :

- Examen neurologique : Force 5/5, ROT symétriques, sensibilité normale
- Examen rectal : Tonus sphinctérien normal
- IRM rachis : Hernie discale L3-L4 avec compression radiculaire droite
- Radiographie : Signes de discopathie dégénérative, ostéopénie
- DEXA scan : T-score -2.1 (ostéopénie)

Points clés

- Toujours rechercher les drapeaux rouges chez patient > 70 ans
- Lasègue peut être faussement négatif chez la personne âgée
- Hernie discale reste possible malgré l'âge
- Évaluer systématiquement le risque de fracture pathologique
- Ne pas oublier l'examen rectal (syndrome queue de cheval)

Pièges

- Se limiter au diagnostic d'entorse musculaire
- Oublier le dépistage ostéoporose chez homme > 70 ans
- Ne pas explorer les facteurs de risque néoplasiques
- Minimiser l'importance de l'irradiation
- Ne pas conseiller sur tabac et activité physique

Diagnostic le plus probable

Hernie discale lombaire L3-L4 avec radiculopathie

Hernie discale lombaire

Pathologie fréquente du rachis avec protrusion du nucleus pulposus :

- Prévalence : 2-3% population, pic 30-50 ans mais possible à tout âge
- Localisation : L4-L5 (40%), L5-S1 (40%), L3-L4 (15%)
- Mécanisme : dégénérescence discale + effort en flexion/rotation
- Symptômes : lombalgie + radiculalgie dans dermatome correspondant
- Signes : Lasègue positif (sensibilité 90% < 60 ans, 50% > 60 ans)
- Évolution : 90% résolution spontanée en 6-12 semaines

Fractures vertébrales ostéoporotiques

Première cause de fracture chez personne âgée :

- Incidence : 25% femmes > 70 ans, 15% hommes > 70 ans
- Facteurs de risque : âge, tabac, corticoïdes, hypogonadisme, inactivité
- Présentation : douleur aiguë après effort minime, perte taille
- Localisation : jonction thoraco-lombaire (T11-L2) la plus fréquente
- Diagnostic : radiographie (diminution hauteur > 20%), IRM si doute
- Complications : cyphose, douleur chronique, nouvelles fractures

Métastases vertébrales

Localisation la plus fréquente des métastases osseuses :

- Cancers primaires : prostate, sein, poumon, rein, thyroïde
- Présentation : douleur progressive, nocturne, non mécanique
- Signes d'alarme : perte poids, sueurs nocturnes, douleur repos
- Localisation : vertèbres thoraciques > lombaires > cervicales
- Diagnostic : IRM (sensibilité 95%), scintigraphie osseuse
- Complications : fracture pathologique, compression médullaire

Examen clinique de la lombalgie

Approche systématique pour identifier la cause :

- Inspection : attitude antalgique, déformation rachidienne
- Palpation : épineuses (fracture) vs paravertébrale (musculaire)
- Mobilité : limitation segmentaire suggère cause mécanique
- Lasègue : positif si douleur < 70° (irritation L5 ou S1)
- Neurologique : force, sensibilité, ROT par racine
- Drapeaux rouges : toujours vérifier syndrome queue de cheval

Imagerie de la lombalgie

Indications et choix de la modalité :

- Radiographie : première ligne si trauma, > 70 ans, corticoïdes
- IRM : gold standard pour hernie discale et pathologie médullaire
- CT : meilleur pour os (fracture, lyse isthmique)
- Indications IRM urgente : déficit neurologique, suspicion infection/tumeur
- Pas d'imagerie si lombalgie simple < 6 semaines sans drapeaux rouges
- DEXA : hommes > 70 ans ou > 50 ans avec facteurs de risque

Prise en charge de la lombalgie aiguë

Approche multimodale basée sur l'évidence :

- Éducation : évolution favorable habituelle, maintien activités
- Analgésie : paracétamol, AINS, opioïdes faibles si nécessaire

- Activité : éviter repos au lit, reprendre activités progressivement
- Physiothérapie : après phase aiguë si persistance
- Infiltrations : corticoïdes épiduraux si radiculopathie réfractaire
- Chirurgie : si déficit neurologique progressif ou échec 6-12 semaines

Rappels thérapeutiques

- Paracétamol 1g QID première ligne (attention dose maximale diabétique)
- AINS : Ibuprofène 400-600mg TID avec protection gastrique si > 65 ans
- Myorelaxants : Cyclobenzaprine 5-10mg TID si spasmes
- Opioïdes : Tramadol 50mg Q6H si douleur sévère (prudence personne âgée)
- Gabapentine 300mg TID si composante neuropathique
- Corticoïdes épiduraux si échec traitement conservateur
- Prévention ostéoporose : Vitamine D + calcium si DEXA anormal

Examens complémentaires

- IRM rachis lombaire sans gadolinium : Visualise disques, racines, canal
- Radiographie rachis F+P debout : Fractures, alignement, dégénérescence
- DEXA scan : T-score < -1 = ostéopénie, < -2.5 = ostéoporose
- EMG/VCN : Si doute clinique sur radiculopathie vs neuropathie
- Bilan phospho-calcique : Si ostéopénie (Ca, PO4, PTH, 25-OH-D3)
- PSA : Homme > 50 ans avec facteurs risque cancer prostate