

Inflammation Intra-Discale

Écrit par Dr Karl Vincent DC, enseignant IFEC



Les lombalgies d'origine discale représentent la moitié de l'ensemble des lombalgies. Parmi elles, il existe une forme peu connue et de diagnostic difficile, correspondant à une **inflammation intra-discale**.

Il est important de reconnaître ce type de souffrance, car il représente environ 1/4 des lombalgies discales.

Cliniquement, les patients se présentent avec des douleurs lombaires basses, à **recrudescence nocturne** (douleurs aux changements de position dans le lit) et matinale, nécessitant un déverrouillage progressif. A l'opposé, ces douleurs sont peu présentes le reste de la journée.

Il est intéressant de constater que les traitements conservateurs classiques n'ont pas de résultat significatif. Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens soulagent les patients de manière intermittente, les douleurs reprenant après l'arrêt du traitement. Les antalgiques sont sans effet.

L'examen clinique est peu révélateur, et se caractérise principalement par une **douleur en fin d'extension** dont la cause correspond, le plus probablement, à une inflammation de la partie postérieure du disque.

On distingue deux types de tableau clinique (tableau 1) :

1 - **une forme aiguë**, qui atteint principalement les femmes. Il n'existe pas de circonstance d'apparition précise. Les manipulations vertébrales sont sans effet avec **blocage de fin de course**, et les examens radiologiques n'apportent aucune particularité. Un traitement par Cortancyl (AIS) sur 15 jours en moyenne se révèle efficace.

2 - **une forme chronique**, plus sévère, qui touche les hommes et les femmes dans une même proportion. Là aussi, aucune circonstance d'apparition n'est retrouvée. S'associe à la douleur en extension une **limitation de la flexion**. Il existe dans cette forme des **irradiations douloureuses** de type sciatalgique, uni ou bilatéral. L'imagerie médicale (radios et IRM) montre ici, le plus souvent, **une discopathie, rapidement évolutive**.

Le traitement de cette atteinte sévère est avant tout médical, et consiste en des infiltrations suivies d'un traitement anti-inflammatoire sur deux mois.

La reconnaissance de ces pathologies est importante en Chiropratique. Elles sont de diagnostic difficile et doivent être différenciées des arthropathies inflammatoires dont la principale est la spondylarthrite ankylosante.

Le diagnostic doit être évoqué en cas de non réponse aux traitements manipulatifs. Celui-ci repose surtout sur la présence de douleurs nocturnes accentuées par l'extension. Dans les formes chroniques l'imagerie est significative. Il n'existe, dans les cas cités précédemment, aucun signe radiologique d'atteinte inflammatoire sacro-iliaque et les tests sanguins (HLA B27 entre autre) permettent, si nécessaire, de faire la distinction.

Tableau 1

	FORME AIGUE	FORME CHRONIQUE
Sexe	Femmes	Hommes et femmes
Circonstance d'apparition	Sans	Idem
Douleur	De type inflammatoire, nocturne et matinale	Idem
Irradiation douloureuse	Aucune	Sciatalgie uni ou bilatérale
Mobilité	Douleur en fin d'extension	Idem et limitation de la flexion
Manipulation	Blocage en fin de course	Idem
AINS	Soulagement temporaire	Idem
Imagerie	Non significative	Discopathie évolutive
Traitement	AIS pendant 15 jours	Infiltrations et AINS pendant 2 mois

Références :

Inflammation discale, aspects biochimiques et perspectives thérapeutiques, Grange L, Gaudin P, Trocme C, Morel F, Juvin R, , revue de Médecine vertébrale n°10, juin 2003.

Y a t'il des signes cliniques de discopathie inflammatoire ? Analyse de quatre critères cliniques avec test au Cortancyl chez 97 patients. JY Maigne, M Ballard Paris 2003.

Soulager le mal de dos, JY Maigne, Masson, 2001.