

Traumatiques et micro traumatiques	Spondylolyse et spondylolisthésis	Cause très fréquente de lombalgies mécaniques chez l'enfant. Favorisé par les sports avec hyperextension du rachis lombaire. Le signe clinique le plus fréquent est une brièveté des ischio-jambiers. Les signes neurologiques sont rares et tardifs
	Hernie discale	Rare, le plus souvent le tableau est incomplet, avec parfois un sciaticque tronquée, le signe de Lasègue souvent positif, et la p asymétrique. L'IRM doit être interprétée avec prudence car il y d'images anormales chez des adolescents asymptomatiques
	Arrachement du listel marginal	Pathologie de l'adolescent, lors d'un accident sportif ou du port d'une charge. Le tableau est aigu et bruyant, le traitement chirurgical.
Infectieuses	Spondylodiscite, ostéomyélite vertébrale	Le plus souvent staphylococcique, le tableau général est celui d'une infection, avec un refus de la position assise chez le nourrisson et un refus de la marche chez l'enfant. Le diagnostic repose sur les examens biologiques et la scintigraphie (et/ou IRM)
	Mal de Pott	Rare, le tableau est moins bruyant, et les destructions osseuses peuvent être importantes
De croissance	dystrophie rachidienne de croissance (maladie de Scheuermann)	Cause très fréquente de dorsalgies mécaniques et de cyphose régulière,. Le diagnostic est radiographique (dystrophie des plateaux, hernies intra-spongieuse et marginales antérieure) Ces signes radiographiques sont présents chez 50% des enfants asymptomatiques et chez 30% des adultes.
	scoliose	Il est de règle de dire qu'une scoliose est indolore et qu'en cas contraire il faut évoquer une scoliose secondaire et pratiquer des examens complémentaires (scintigraphie, IRM) Les douleurs mécaniques ou liées au traitement par corset sont tout de même fréquentes.
Tumorales		

<i>Tumeurs bénignes</i>	Ostéome ostéoïde et ostéoblastome	Douleurs à recrudescence nocturnes parfois calmées par l'aspirine. La moitié ont des irradiations radiculaires. La localisation la plus fréquente est poséro-latérale, mais peut envahir le pédicule, l'articulaire ou le corps vertébral. Le diagnostic repose sur la scintigraphie et la TDM, le traitement est chirurgical.
	kyste anévrismal	Touche habituellement l'adolescent, les signes peuvent être la douleur, une scoliose indolore, une limitation des mouvements. Le kyste touche le plus souvent les éléments postérieurs, parfois sur plusieurs vertèbres adjacentes et les côtes. Il peut exister une compression médullaire. La radiographie montre un kyste soufflant les corticales traversé de fines trabécules. La scintigraphie fixe, le meilleur examen étant l'IRM. Le traitement chirurgical doit être précédé d'embolisation.
	Granulome éosinophile	Touche surtout l'adolescent, de localisation surtout dorsale, évoluant depuis quelques semaines. L'atteinte neurologique est rare. Les radiographies montrent une zone d'ostéolyse bien circonscrite, avec souvent un effondrement vertébral (vertebra plana). En cas d'atteintes multiples cela évoque une histiocytose X.
<i>Tumeurs malignes</i>	Sarcome d'Ewing	Tumeur maligne la plus fréquente du rachis, elle peut mimer une infection avec douleur, fièvre et hyperleucocytose. Les radios montrent un aspect d'os mité.
	Lymphome	Les lymphomes primaires peuvent envahir la colonne, et les lymphomes Hodgkinien peuvent y métastaser.
	Neuroblastome	Tumeur maligne la plus fréquente chez le petit enfant, elle métastase souvent au rachis. Une hémoglobine < 10gr est un signe biologique important.

<i>Tumeurs intra-rachidiennes</i>	Neurofibrome, astrocytome, lipome, kystes dermoïde	Moins fréquentes, 70% sont bénignes et de croissance lente avec apparition progressive des douleurs et des signes neurologiques, 40% se présentent avec des rachialgies irradiant aux dermatomes correspondants, les autres se présentent par des difficultés à la marche, des déformations des membres ou des pieds.
Mécaniques (dérangement intervertébral mineur et trigger points)	Syndrome de la charnière thoraco-lombaire	Typiquement douleur lombo-fessière ou thoraco-lombaire unilatérale (parfois de l'aîne ou fosse iliaque), cellulalgie T11 T12, face latérale de la cuisse et abdomen (ilio-hypogastrique), point de crête postérieure homolatéral
	Syndrome de l'angulaire de l'omoplate	Douleurs de l'angle supéro-interne de l'omoplate ou cervicalgie, en rapport avec une contracture du levator scapulae. L'étiologie est souvent une dysfonction C3-C4
	Algie interscapulaire d'origine cervicale	Douleur interscapulaire avec à l'examen un point précis sur la face latérale de l'épineuse de T4 (insertion du splénius), cellulalgie fosse sous épineuse, en rapport avec une dysfonction C5-C6 ou C6-C7
	Dorsalgie d'origine costo-vertébrale (« entorse costale »)	Concerne les 11èmes et 12èmes côtes, suite à un faux mouvement en rotation.
	Dysfonction sacro-iliaque	Blocage ou pseudo blocage de l'articulation responsable de lombalgie ou de fessalgie
	Dorsalgie et lombalgie musculaires	Travell et Simons ont élaboré un système d'interprétation des douleurs mécaniques de l'appareil locomoteur basé sur l'origine myofasciale des douleurs, avec présence de trigger point qui déclenche la douleur à distance dont se plaint le patient.
Inflammatoires	Spondylarthropathies	Les rachialgies d'horaire inflammatoire sont rarement le premier signe, mais il faut y penser en cas d'oligoarthrite des membres inférieurs, d'enthésopathies, psoriasis, colite inflammatoire, uvéite, histoire familiale. La plupart sont HLA-B27 positifs.
Malformations	Méga transverse de L5	

vertébrales	Absence congénitale d'un pédicule	
	Canal étroit congénital	
Autres	Rétropéritonéale	hydronéphrose, pyélonéphrite, abcès du psoas
	Ostéomyélite chronique multifocale	
	Thoracique	pneumonie, tumeurs
	Ostéoporose juvénile idiopathique	
	Fibrodysplasie ossifiante	
	Cushing	