

Principes de PEC en chirurgie rachidienne « de base »

FMC Val de Lys



Dr V. LEGRAND - 18/12/2025

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Monsieur P., 40 ans, chauffeur routier
- Pas d'antécédent, sauf obésité (IMC 40) et tabac
- Depuis 3 jours, douleur au cou, survenue après port de charge dans son travail
- Impotence totale, pas de douleur nocturne

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Prise en charge ?
- 1. Palier I - AINS
- 2. Palier II ou III - corticothérapie
- 3. Colier cervical pendant 3 semaines
- 4. Arrêt de travail > 7 jours
- 5. Kinesithérapie

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Prise en charge ?
- 1. Palier I - AINS
- 2. Palier II ou III - corticothérapie - myorelaxants
- 3. Colier cervical pendant 3 semaines
- 4. Arrêt de travail > 7 jours
- 5. Kinesithérapie

Cas clinique n°1

Rachis cervical

Torticolis (cervicalgie aiguë) :

- Traitement médical symptomatique = antalgiques + AINS
- Myorelaxants n'ont pas prouvé leur efficacité ; aucune indication du Valium ; corticothérapie peu efficace
- Collier mousse A LIMITER AU MAXIMUM (OK quelques jours)
- Limiter arrêt de travail AU MAXIMUM (Cf drapeaux jaunes et noirs)

Cas clinique n°1

Rachis cervical

ATTENTION : risque d'évolution vers la chronicité

- Contexte psychosocial : dépression, catastrophisme, **arrêts de travail prolongés** recherche de **bénéfices secondaires**, conflit professionnel, conflit familial



- Facteurs professionnels : insatisfaction au travail, conflits et litiges, conditions de travail difficiles, burn-out.



Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Monsieur P. revient quelques mois plus tard, mais cette fois-ci la douleur irradie dans tout le membre supérieur droit, jusqu'au pouce, depuis une petite semaine
- Très algique, position du traumatisé du membre supérieur
- Pas de déficit à l'examen, pas de signe de compression de la moelle

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Que faites-vous ?
- 1. IRM
- 2. Scanner
- 3. Radio
- 4. Morphine - corticoïdes
- 5. Doliprane - AINS

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Que faites-vous ?

- 1. IRM

- 2. Scanner

- 3. Radio

- 4. Morphine - corticoïdes

- 5. Doliprane - AINS

- Autres : arrêt de travail +++++

PAS D'IMAGERIE AVANT 4 À 6 SEMAINES D'ÉVOLUTION +++

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Malgré traitement bien conduit (palier I, puis II, puis III, AINS puis corticothérapie), la symptomatologie persiste sans franche amélioration après 1 mois (patient tout de même nettement moins douloureux avec la morphine)
- Que faites-vous ?

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Que faites-vous ?
- 1. Scanner
- 2. IRM
- 3. Radiographies
- 4. EMG
- 5. Infiltration sans imagerie

Cas clinique n°1

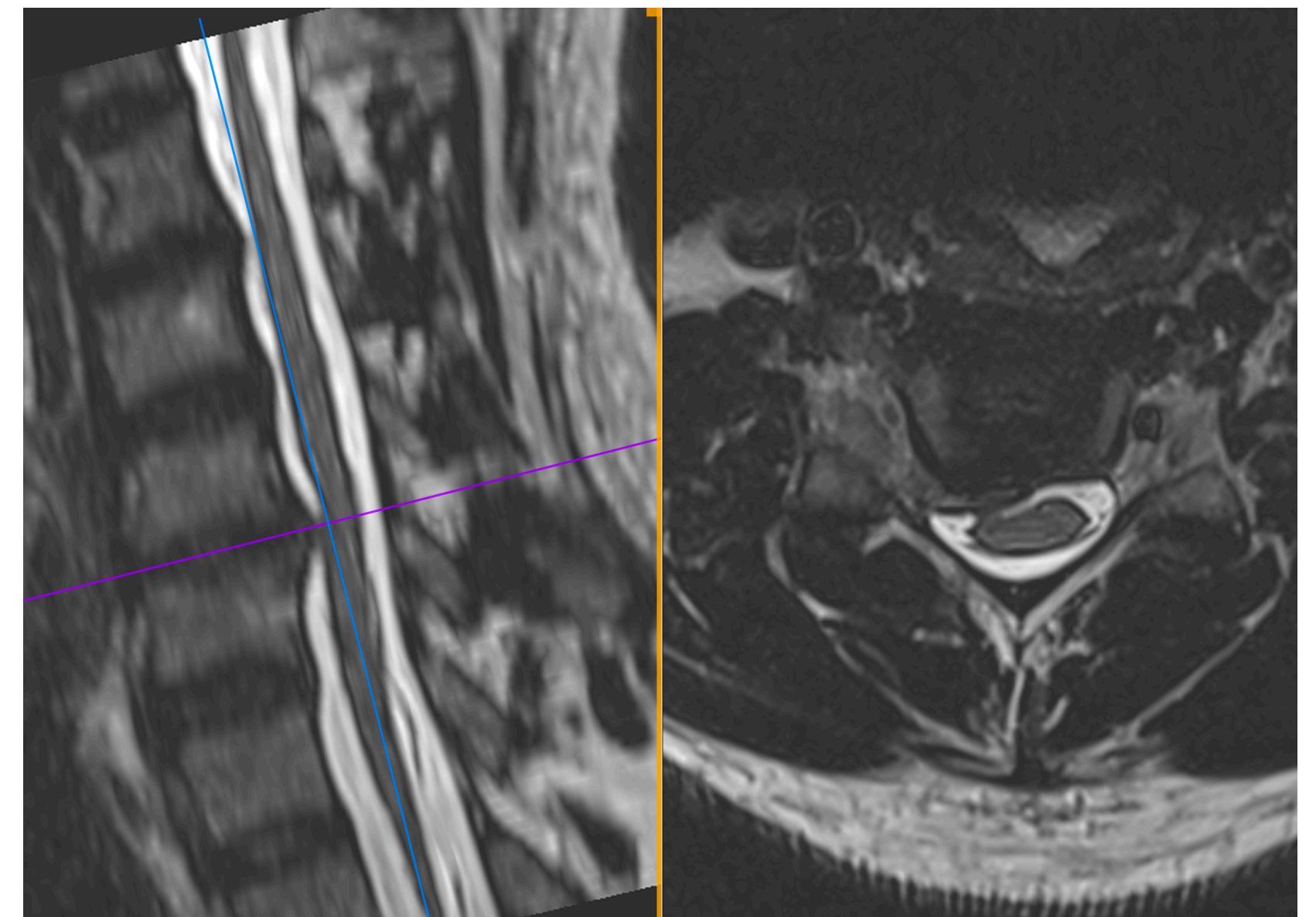
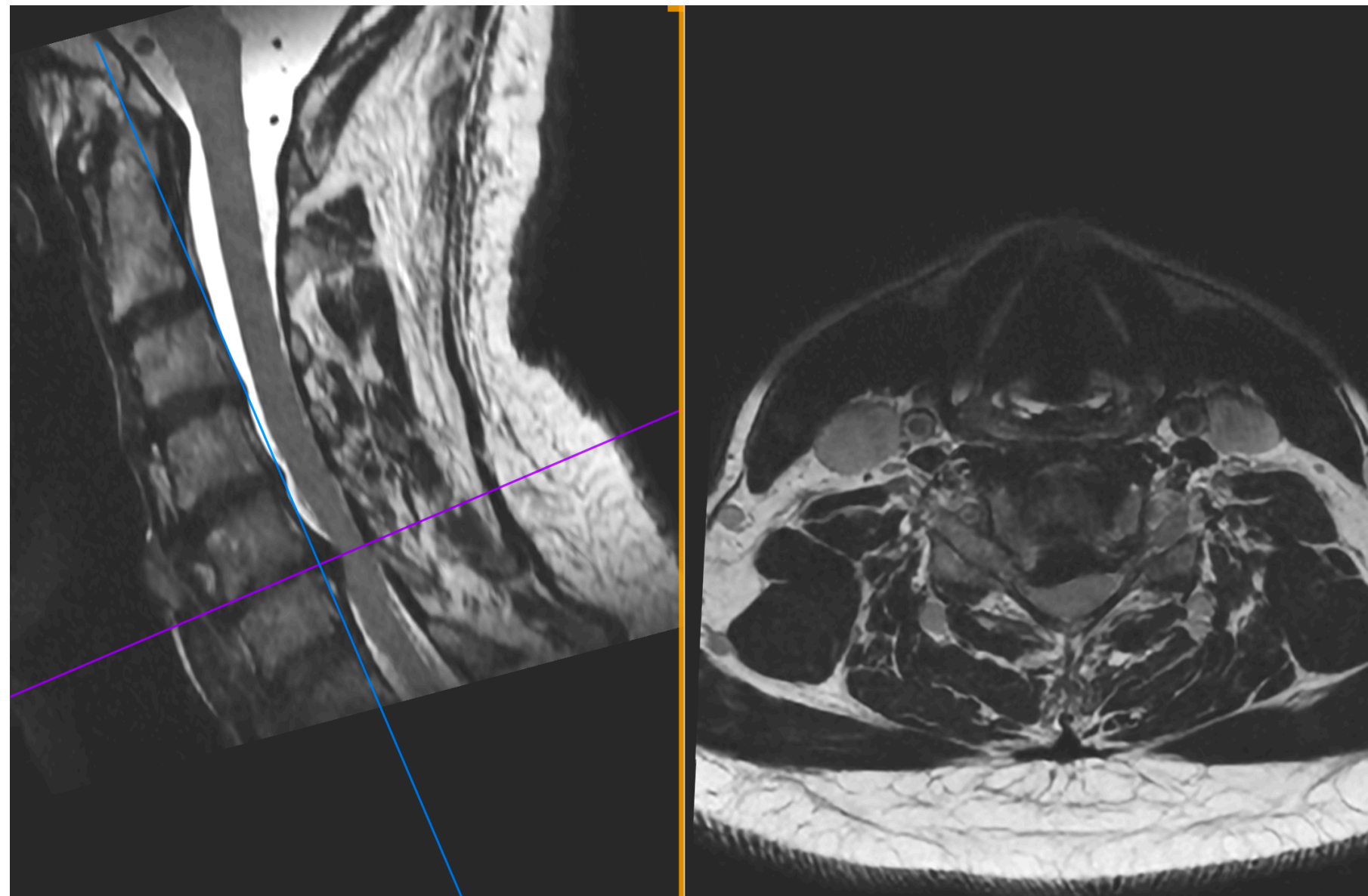
Rachis cervical

- Que faites-vous ?
- 1. **Scanner** : le scanner se discute en complément de l'IRM, au cas par cas (ou trauma, ou urgence)
- 2. **IRM** = examen de référence et de première intention
- 3. **Radiographies** : n'a plus sa place aujourd'hui (indications très particulières, dans les déformations, ou en post-opératoire)
- 4. **EMG** : aucun intérêt (à ce moment précis)
- 5. **Infiltration sans imagerie** : non

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- L'IRM fait état d'une « volumineuse hernie discale C5-C6 latéralisée à droite et comprimant la racine C6 »



- Quelle est LA conduite à tenir ?

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Quelle est LA conduite à tenir ?
- 1. Poursuite morphine et AINS sans autre exploration
- 2. Avis chirurgical
- 3. Infiltration scanno-guidée
- 4. Centre de la douleur

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Quelle est LA conduite à tenir ?
- 1. Poursuite morphine et AINS sans autre exploration
- 2. Avis chirurgical
- 3. Infiltration scanno-guidée
- 4. Centre de la douleur

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Après une nette amélioration pendant 3 semaines, la symptomatologie est revenue à l'identique
- Que faites-vous ?

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Que faites-vous ?
- 1. Nouvelle infiltration
- 2. Nouvelle IRM
- 3. Avis chirurgical

Cas clinique n°1

Rachis cervical

- Que faites-vous ?
- 1. Nouvelle infiltration
- 2. Nouvelle IRM
- 3. Avis chirurgical

Rachis cervical

Cervicalgie et névralgie cervico-brachiale - examen clinique

Rechercher les causes secondaires (drapeaux rouges) +++

- **néoplasie** (donc antécédent de cancer, AEG, tabagisme majeur ...)
- douleur avec aggravation progressive et **insomniente** (= même au repos)
- signe neurologie : déficit radiculaire avec ou sans névralgie ou **déficit médullaire sous-lésionnel** (irritation pyramidale, trouble sphinctérien, signe de l'hermite) donc examen neurologique des membre supérieurs et inférieurs ++++++
- infection (**fièvre** inexpliquée, immunodépression, corticothérapie prolongée, drogue intraveineuse)
- **traumatisme**
- inflammatoire (spondylarthrite ankylosante)
- dissection+++ : activité violente dans les 15 jours, signes locaux (Claude Bernard Horner, acouphène pulsatile, atteinte paire crânienne, cervicalgie inhabituelle et persistante associé à des algies faciales)
- antécédent de chirurgie du rachis



Rachis cervical

Nevralgie cervico-brachiale - examen clinique

Douleur partant du cou et **irradiant dans le membre supérieur selon un trajet radiculaire**

→ **NCB = « sciaticque du bras »**

Jamais typique : chevauchement des dermatomes +++

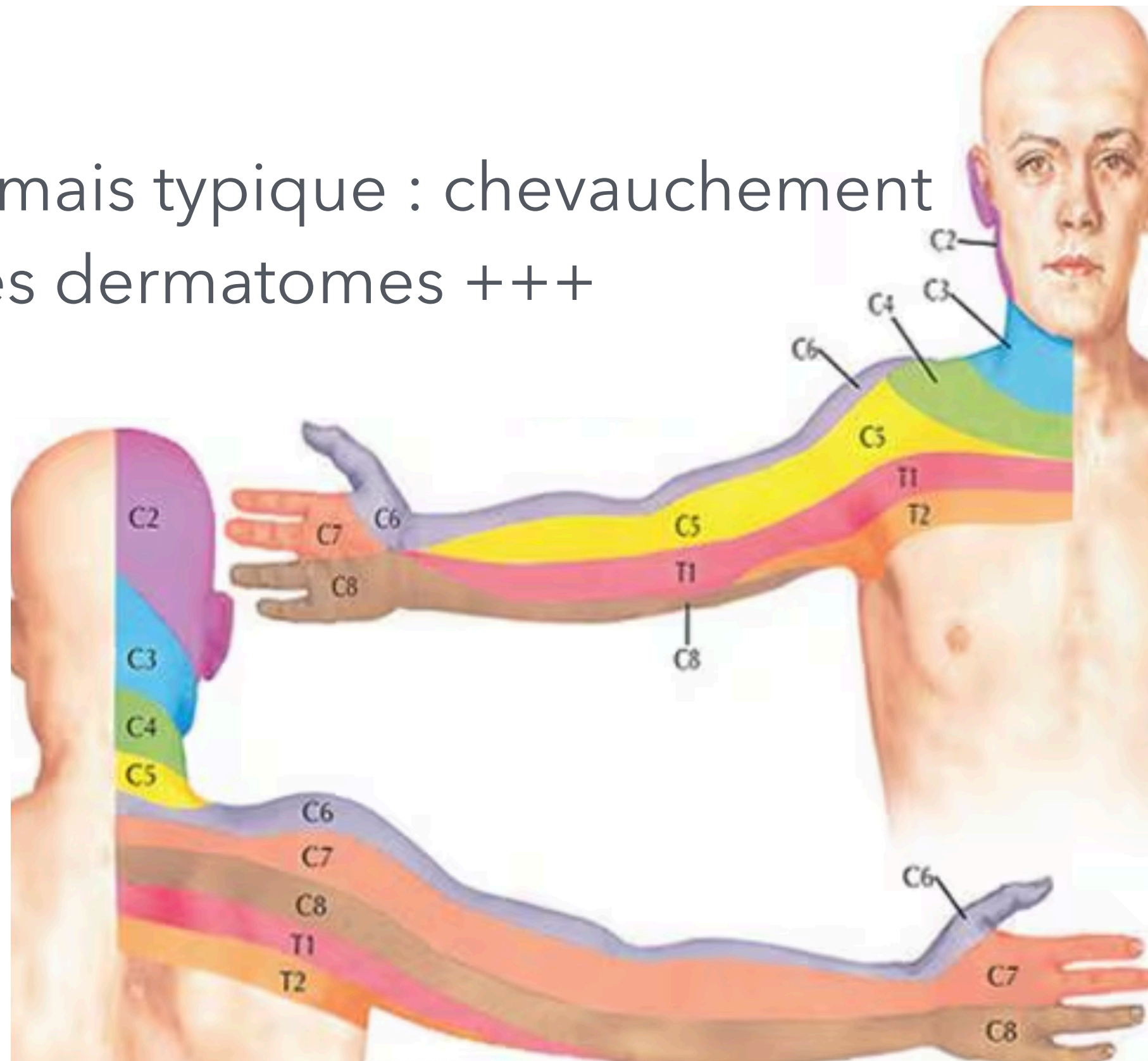


Tableau 34.2. Diagnostic topographique d'une atteinte radiculaire du membre supérieur.

Racine	Réflexe	Déficit moteur	Territoire sensitif
C5	Bicipital	Abduction du bras, rotateurs de l'épaule.	Moignon de l'épaule, face externe du bras.
C6	Stylo-radial	Flexion du coude (long supinateur), supination, flexion du pouce.	Face externe du membre supérieur jusqu'au pouce.
C7	Tricipital	Extension du coude, poignet, doigts, pronation.	Face postérieure du membre supérieur jusqu'aux 2 ^e et 3 ^e doigts
C8/D1	Cubito-pronateur	Flexion et écartement des doigts.	Face interne du membre supérieur jusqu'aux 4 ^e et 5 ^e doigts

- NCB C3 ou C4 = cervicale isolée, NCB C2 = névralgie d'Arnold
- Douleur de l'omoplate (face interne) fréquemment associée ++

Rachis cervical

Nevralgie cervico-brachiale - examen clinique

- But = déterminer la racine concernée, rechercher des signes de gravité, des drapeaux rouges, ou un diagnostic différentiel
 - → topographie de la douleur / déficit sensitif (peu important) ou moteur
 - → **rechercher une atteinte médullaire +++ :**
 - signes pyramidaux (ROTs vifs, diffusés ...)
 - Syndrome cordonal postérieur (ataxie proprioceptive) ou thermo-algique

Rachis cervical

Nevralgie cervico-brachiale - imagerie

- **PAS INDIQUEE EN CAS D'EVOLUTION < 4 À 6 SEMAINES :** car s'améliore généralement spontanément avec traitement symptomatique
- IRM en première intention +++ : aucun intérêt aux radiographies standards, parce que seront complétées quoi qu'il arrive par IRM ou scanner
- Scanner peut aider en complément de l'IRM, surtout en cas d'atteinte pluri-étagée, et de lésions arthrosiques
- PAS D'INTERET A RENOUVELER LES EXAMENS SI ABSENCE DE MODIFICATION DES SYMPTOMES → pas d'IRM de contrôle annuelle (sauf cas très particulier de myélopathie radiologique paucisymptomatique)

Rachis cervical

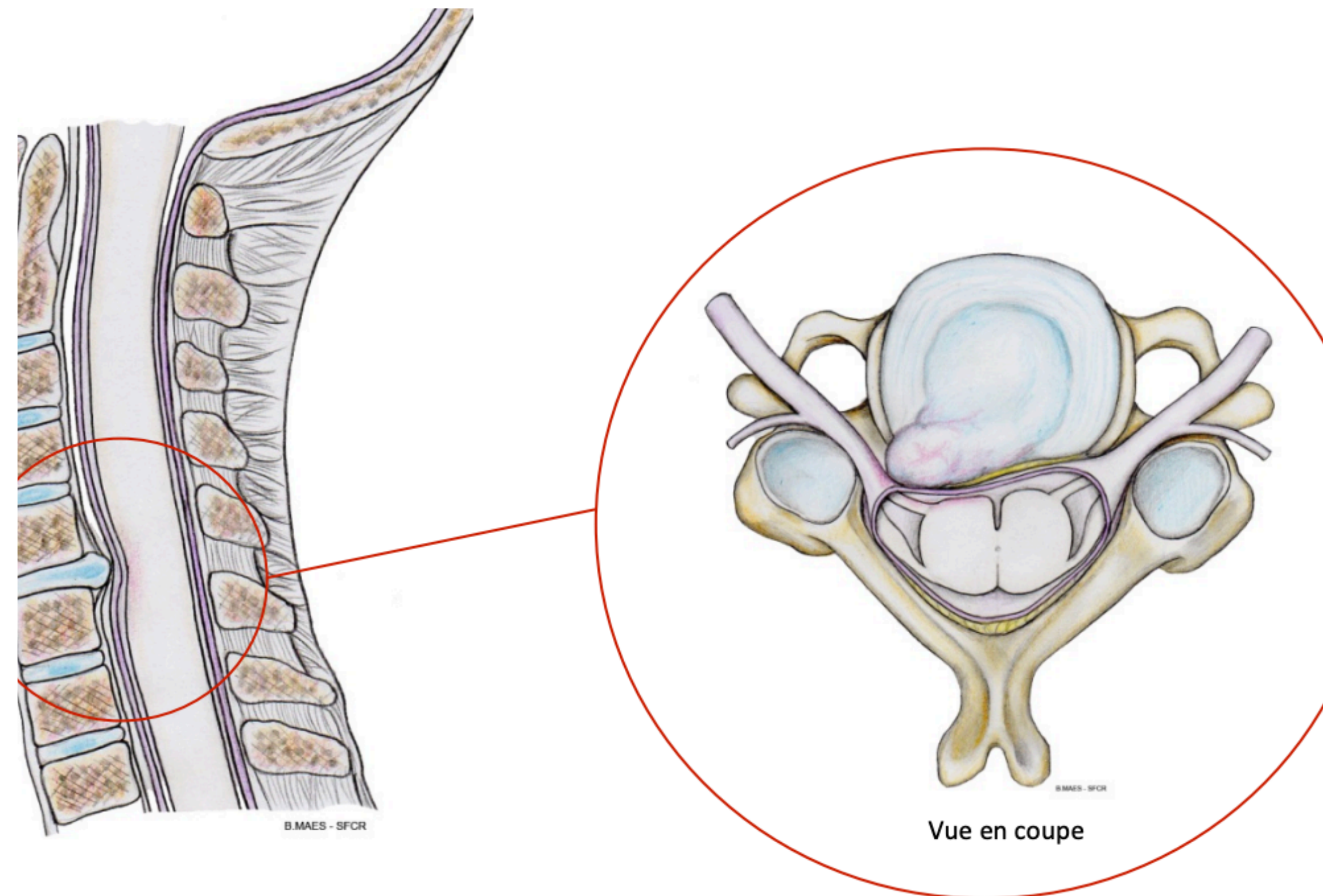
Nevralgie cervico-brachiale - traitement

- **NCB = douleur +++++**
 - Donc arrêt de travail - traitement antalgique NE PAS HESITER A METTRE DE LA MORPHINE
 - collier cervical - chaleur ...
 - OK pour décontractants +/- corticothérapie en cas d'inefficacité des AINS
 - PAS DE KINE en phase douloureuse → réveille la douleur
- Après 6 semaines : imagerie (la demander après 1 mois au vu des délais), puis en fonction ...

Rachis cervical

Hernie discale cervicale

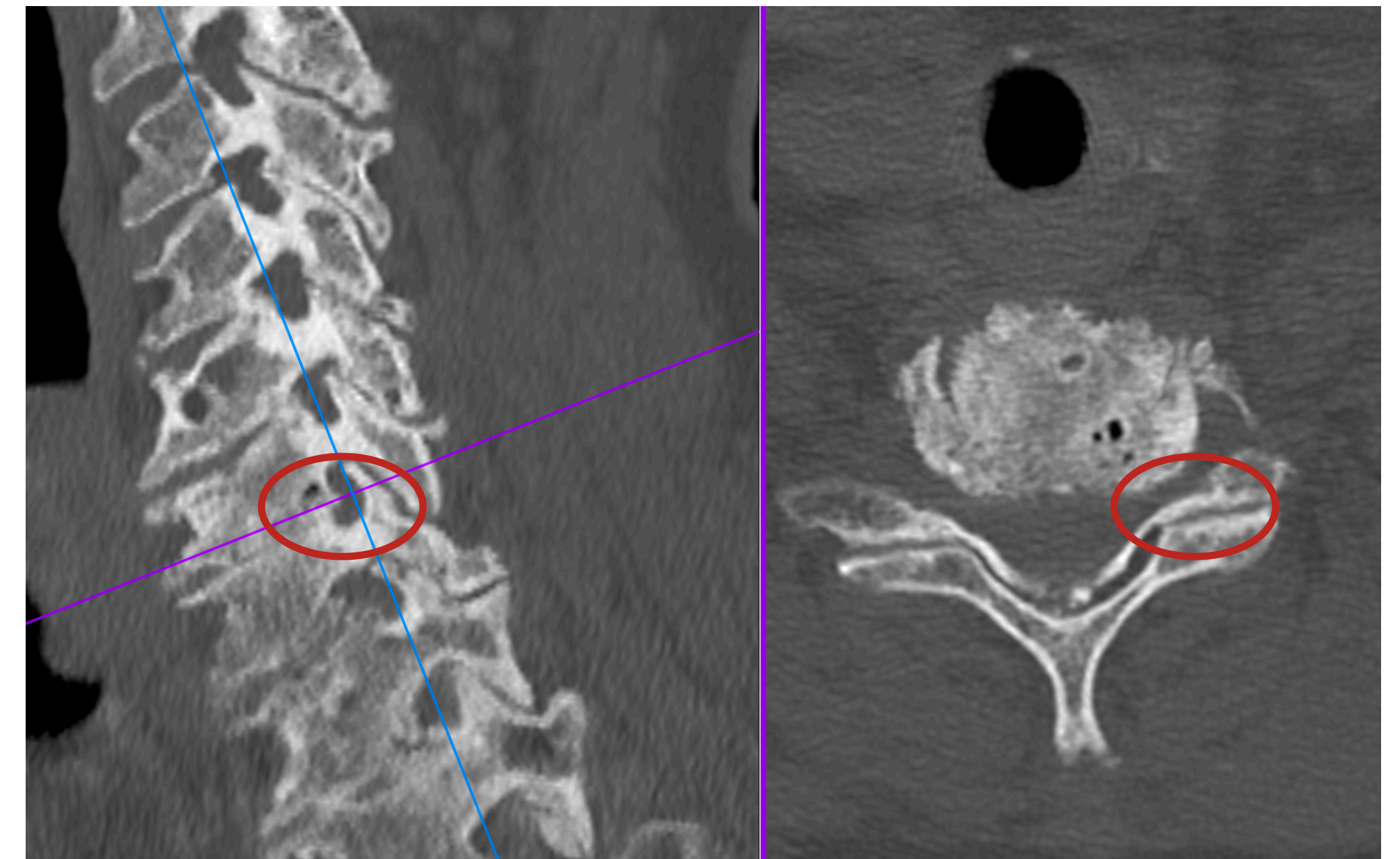
- Sujet jeune (disque jeune)
- Souvent algique +++++ : MORPHINE et ARRET DE TRAVAIL
- **Résolution spontanée dans 80% des cas sans chirurgie**, en 6 semaines à 2 mois (de façon progressive)
- Donc traitement symptomatique, puis imagerie, puis traitement infiltratif, et en cas d'échec, traitement chirurgical



Rachis cervical

Sténose foraminale

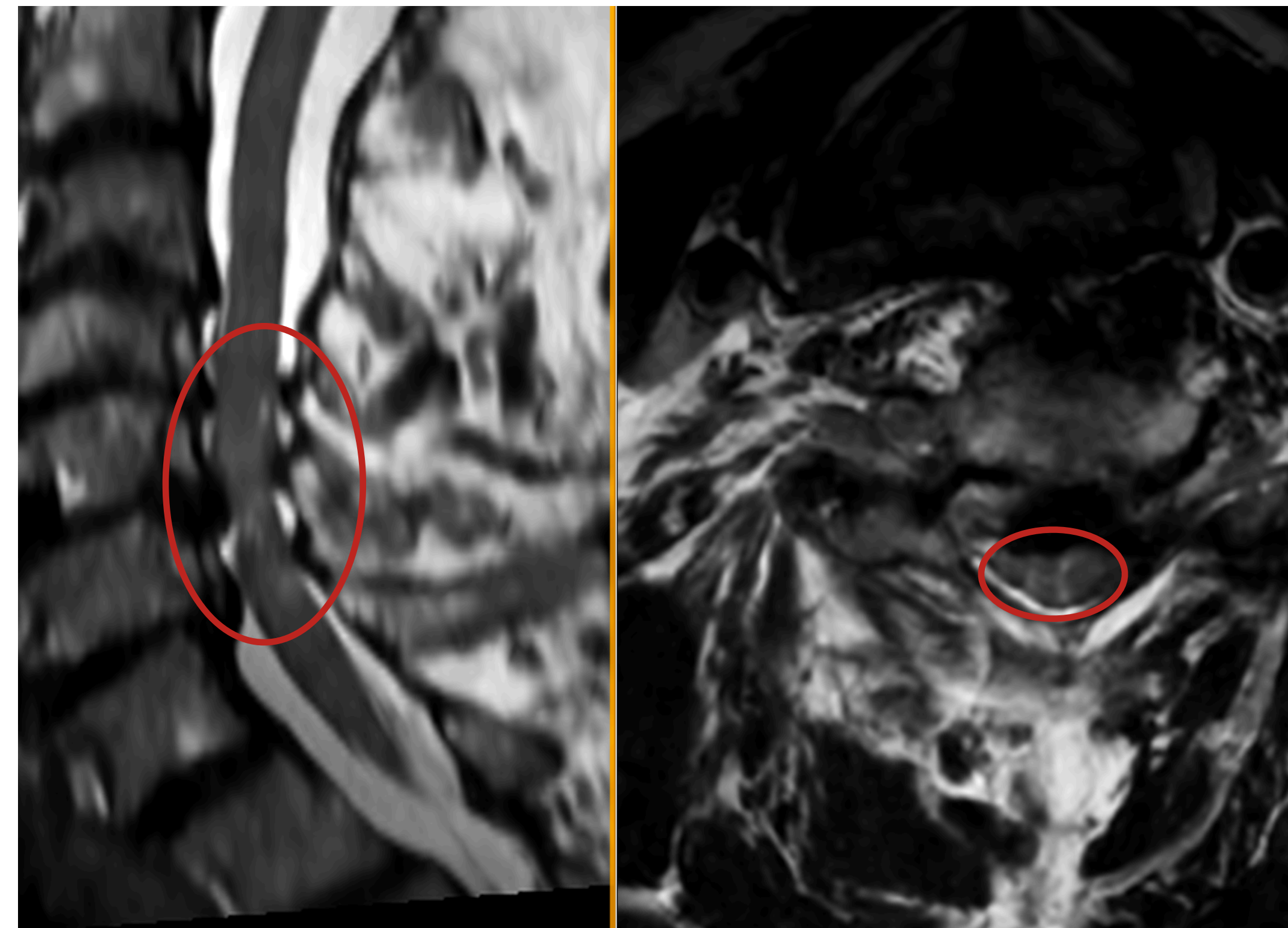
- Sujet âgé (arthrose zygapophysaire, ostéophyte ...)
- Souvent modérément algique, évolution plus insidieuse, trainante
- Résolution spontanée plus rare, mais possible
- Intérêt du scanner
- Place de l'infiltration +++
- Souvent pluri-étagée



Rachis cervical

Myélopathie cervico-arthrosique

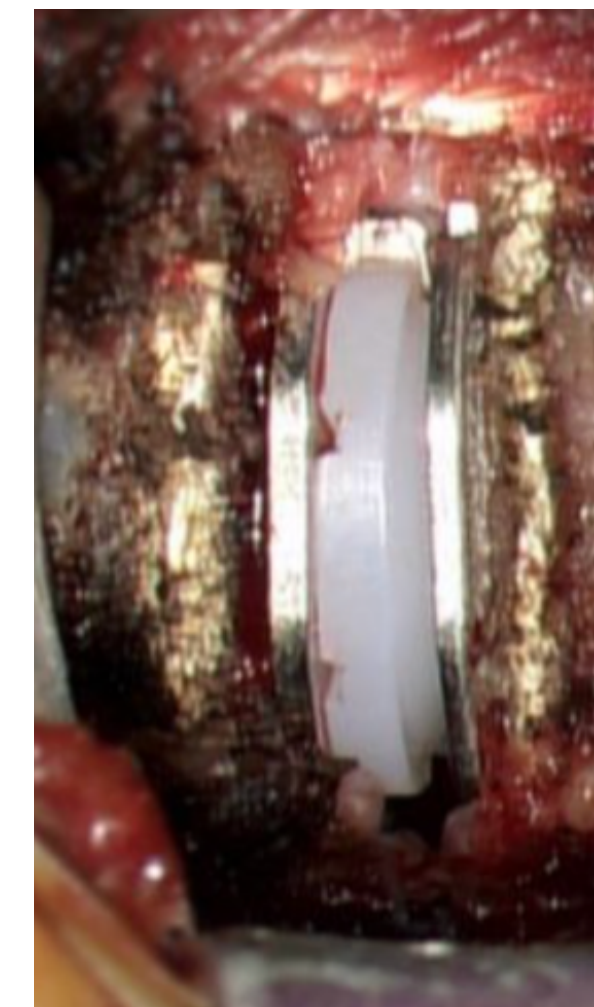
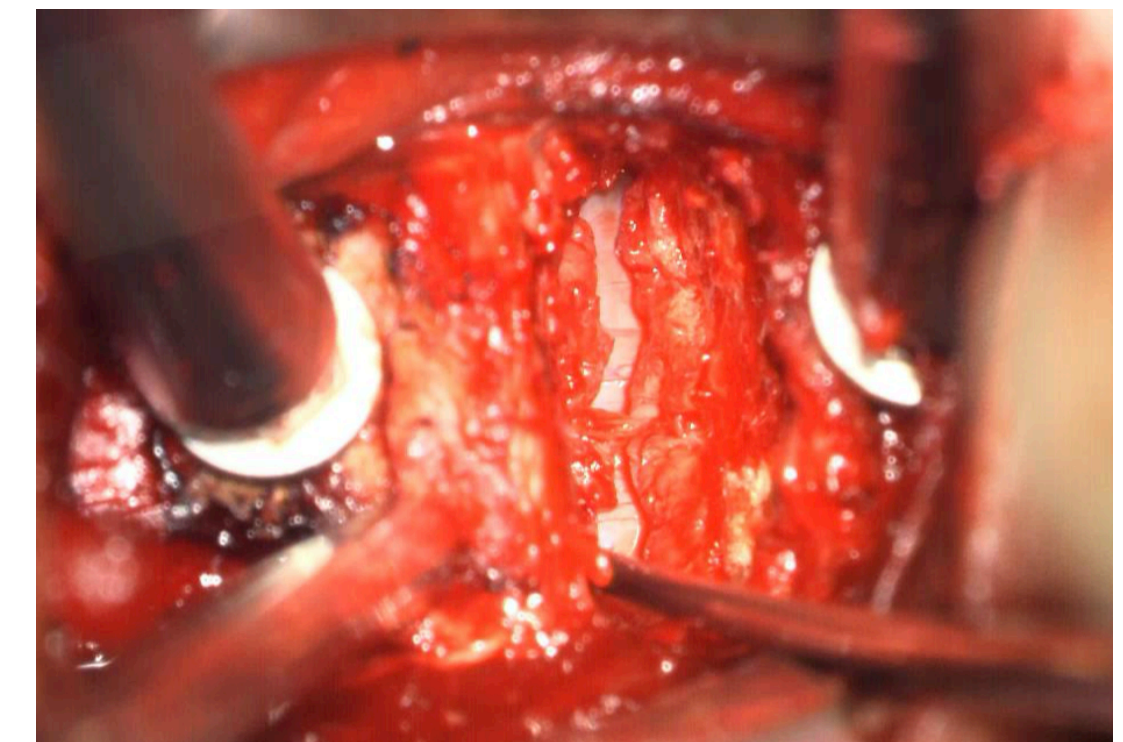
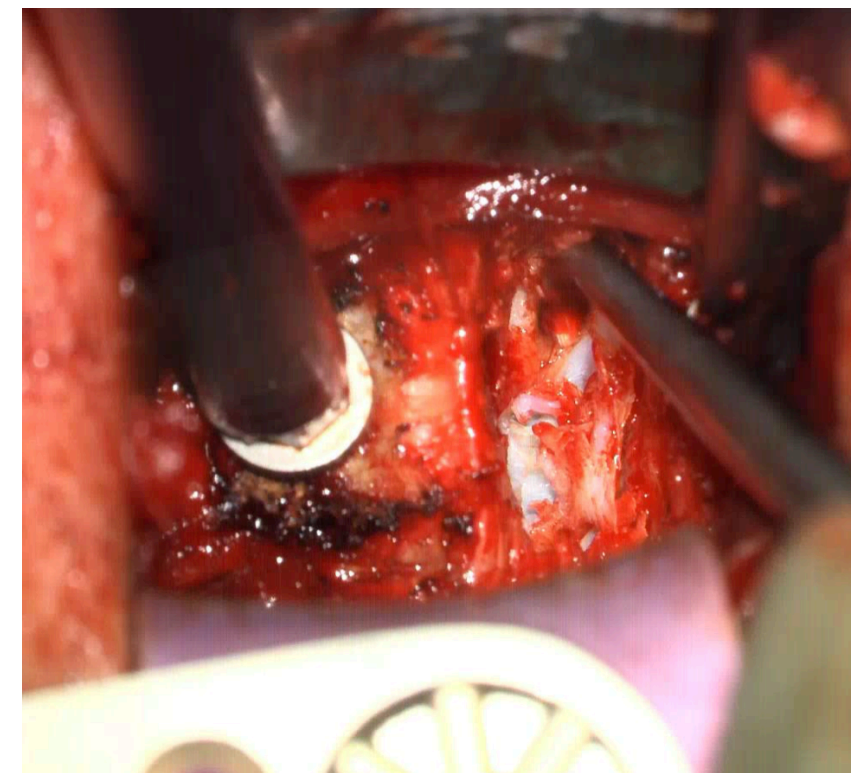
- Sujet âgé (arthrose zygapophysaire, ostéophyte ...) MAIS PAS QUE TROUBLES DE LA MARCHE +++ et de l'équilibre / maladresse des membres supérieurs, **lâchage d'objet**
- Evolution parfois longue, mais parfois rapide, jamais brutale (sauf décompensation : CHUTES +++)
- Résolution spontanée impossible, mais parfois stabilisation
- Infiltration n'a pas sa place : chirurgie dans quasiment tous les cas (sauf pauci-symptomatique)
- Souvent pluri-étagé
- Surveillance si pauci-symptomatique



Rachis cervical

Chirurgie - ACDF

- GOLD standard = ACDF (Anterior Cervical Discectomy and Fusion) = **disectomie cervicale avec fusion**, par voie antérieure
- Peu douloureux parfois douleurs cervicales temporaires
- Une nuit d'hospitalisation (2 si > 1 niveau)
- Pas de conduite automobile pendant 15 jours à 1 mois, arrêt de travail (6 semaines à 3 mois selon profession)
- Idem pour sport : 6 semaines (vélo et natation) à 3 mois



Rachis cervical

Chirurgie - ACDF

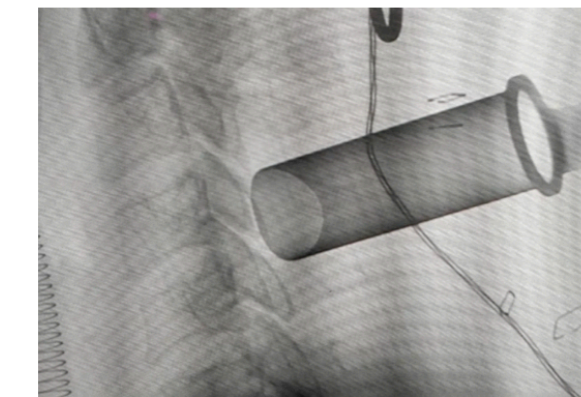
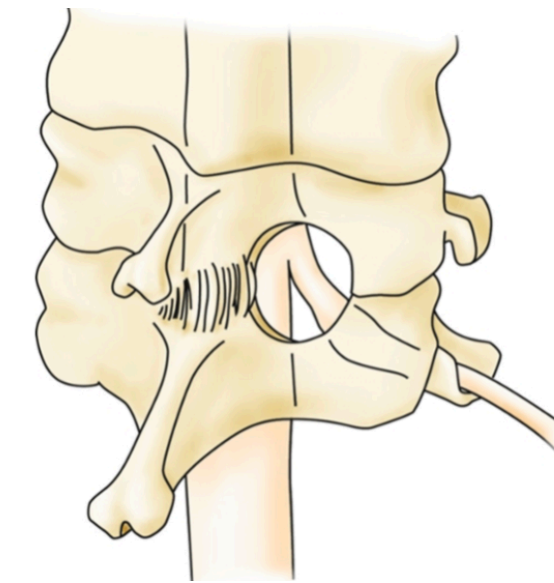
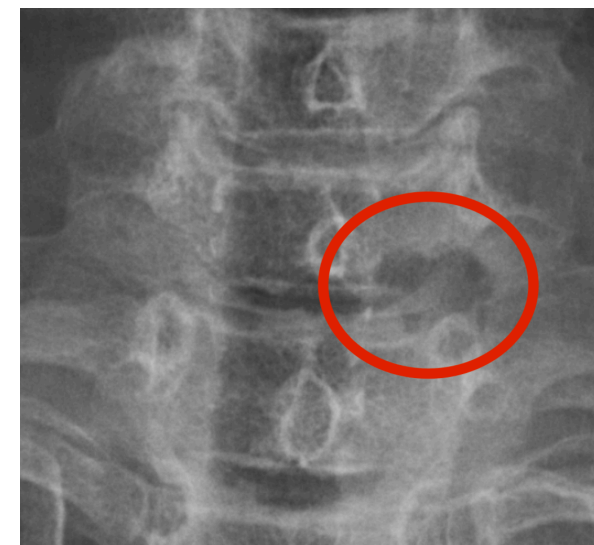
- Aucun intérêt à l'immobilisation en post-opératoire
- Pas de thromboprophylaxie
- Consignes post-op dépendantes des chirurgiens (immobilisation, sport, arrêt, conduite ...)



Rachis cervical

Chirurgies - autres

- Arthroplastie cervicale = prothèse
 - Sujet jeune, un seul niveau, hernie discale molle avec rachis parfait par ailleurs
→ indication rare
 - But = garder mobilité pour éviter syndrome adjacent
- Décompression postérieure mini-invasive
 - Hernie discale molle foraminale (= latéralisée)
 - Pour éviter arthrodèse
 - Ou en complément voie antérieure si insuffisance de décompression
 - Patients obèses ++ ou polyarthrosiques
- Laminectomie et fixation cervicale postérieure
 - Myélopathie cervicale
 - Nombre de niveaux > 3 +++



Rachis cervical

Cervicalgie chronique

- Antalgiques et AINS lors des poussées aiguës
- Éviter morphiniques +++++ et opiacés
- Kinesithérapie +++, discuter des méthodes alternatives (acupuncture ...)
- Malheureusement chirurgie inefficace dans la très grande majorité des cas (sauf causes tumorales, infectieuses ou déformation sévères = étiologies rares)

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Madame M., 24 ans, aucun antécédent
- Étudiante en médecine (passe l'ECN dans 2 mois)
- Apparition brutale après une séance de sport d'une douleur de la fesse gauche, irradiant dans toute la jambe jusque sous le pied, depuis la veille au soir
- EVA 10, mobilisation impossible du fait de la douleur, n'a pas dormi de la nuit
- Examen clinique : doute sur déficit du triceps sural, pas de syndrome de la queue de cheval

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Quelle est votre conduite à tenir ?
- 1. Appeler votre chirurgien du rachis préféré
- 2. Adresser la patiente aux urgences
- 3. Appeler le radiologue pour imagerie en urgence
- 4. Traitement antalgique adapté (palier I, ou II, voire III) + anti-inflammatoires et réévaluation après antalgie obtenue

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Quelle est votre conduite à tenir ?
- 1. Appeler votre chirurgien du rachis préféré
 - cependant celui-ci va vous demander une IRM en urgence (et râler s'il n'y en a pas)
 - mais peut évaluer la patiente et confirmer l'urgence chirurgicale, et si besoin organiser la suite de la prise en charge
- 2. Adresser la patiente aux urgences
 - OUI !!!!!
 - en cas de doute sur critère d'urgence (Cf diapo suivante), NE JAMAIS HESITER A ADRESSER LA PATIENTE AUX URGENCES POUR EVALUATION CLINIQUE + ANTALGIE IV + IMAGERIE RAPIDE + AVIS CHIRURGIEN
- 3. Appeler radiologue pour imagerie en urgence
 - très bonne idée, mais non réalisable en pratique (pas le temps, pas de contact ...)
- 4. Traitement antalgique adapté (palier I, ou II, voire III) + anti-inflammatoires et réévaluation après antalgie obtenue
 - pas faux, c'est ce qui va être fait aux urgences, mais pareil, difficilement réalisable en pratique ...
 - EN CAS DE DOUTE = URGENCE

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

Signes de gravité d'une radiculalgie

- **Déficit moteur < 3/5** = marche sur les talons impossible (L5), sur les pointes impossible (S1), lâchage du genou (L4)
- **Syndrome de la queue de cheval** (exceptionnel, mais ne pas passer à côté ...) → patient jeune +++, contexte d'obésité +++ vecteur de plaintes pour retard de prise en charge ...
- **Hyperalgie** = douleur résistante à la Morphine (après 4 à 5 jours de titration bien conduite)

EN CAS DE DOUTE : transfert aux urgences, ou appel chirurgical pour évaluation

N.B : ce sont les mêmes en cervical, mais remplacer syndrome de la queue de cheval par compression médullaire (tétraparésie, syndrome pyramidal, troubles de la marche ...)

N.B 2 : **TROUBLES SENSITIFS (sauf hypoesthésie périnéale) NE SONT PAS DES SIGNES DE GRAVITÉ**

5	Force normale
4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance • 4 + résistance forte • 4 résistance modérée • 4 - résistance légère
3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
1	Ebauche de mouvement, contraction musculaire
0	Aucun mouvement = plégie

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

En pratique :

- Rarement hyperalgie ET déficit : souvent le déficit est lié à une inhibition douloureuse, donc si sédation de la douleur, disparition du déficit
- Si plégie (déficit à 0/5), le plus souvent disparition de la douleur = ischémie radiculaire, mauvais pronostic +++
→ hernie exclue avec tableau très bruyant, pas de chirurgie le plus souvent ...
- Ne surtout pas hésiter à mettre de la MORPHINE
- Arrêt de travail indispensable
- La sciatique (ou la cruralgie) ça fait très très très mal

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Finalement, après Tramadol et AINS, nette amélioration du tableau douloureux, après 15 jours
- EVA 4
- A repris ses activités (c'est à dire ses révisions), mais pas le sport
- Mais TOUJOURS GÊNÉE

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Que faites-vous ?
- 1. IRM
- 2. Scanner
- 3. Radio
- 4. Rien
- 5. Ajout Neurontin et Laroxyl

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Que faites-vous ?
- 1. IRM
- 2. Scanner **NON : pas d'imagerie avant 4 - 6 semaines d'évolution**
- 3. Radio
- 4. Rien → en fait pas rien : réassurance, augmenter posologie tramadol si besoin ou passer a petites doses de morphiniques
- 5. Ajout Neurontin et Laroxyl : **aucun intérêt à ces traitements en phase initiale de lombo-radiculalgie**

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Après 1 mois, la patiente est toujours gênée, pas de franche amélioration
- Faites-vous des examens complémentaires, et si oui, lesquels ?
 - 1. Scanner
 - 2. Radio
 - 3. IRM
 - 4. EMG
 - 5. EOS

Cas clinique n°2

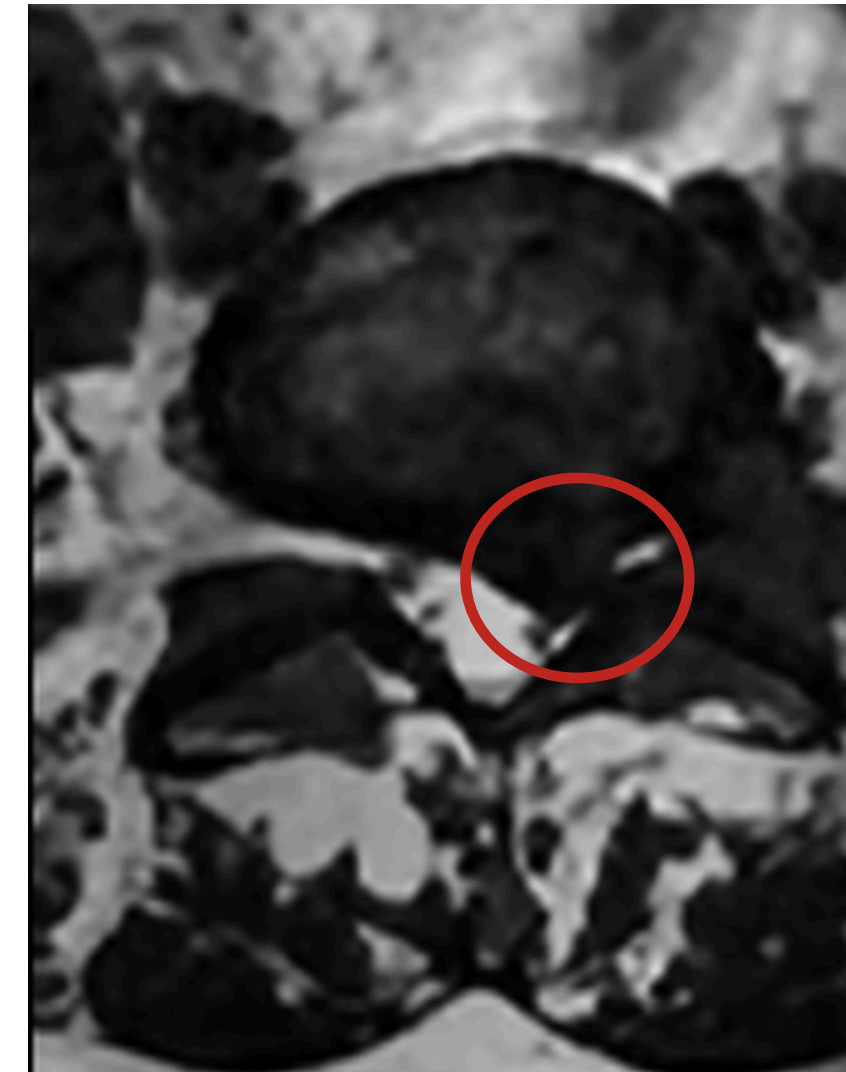
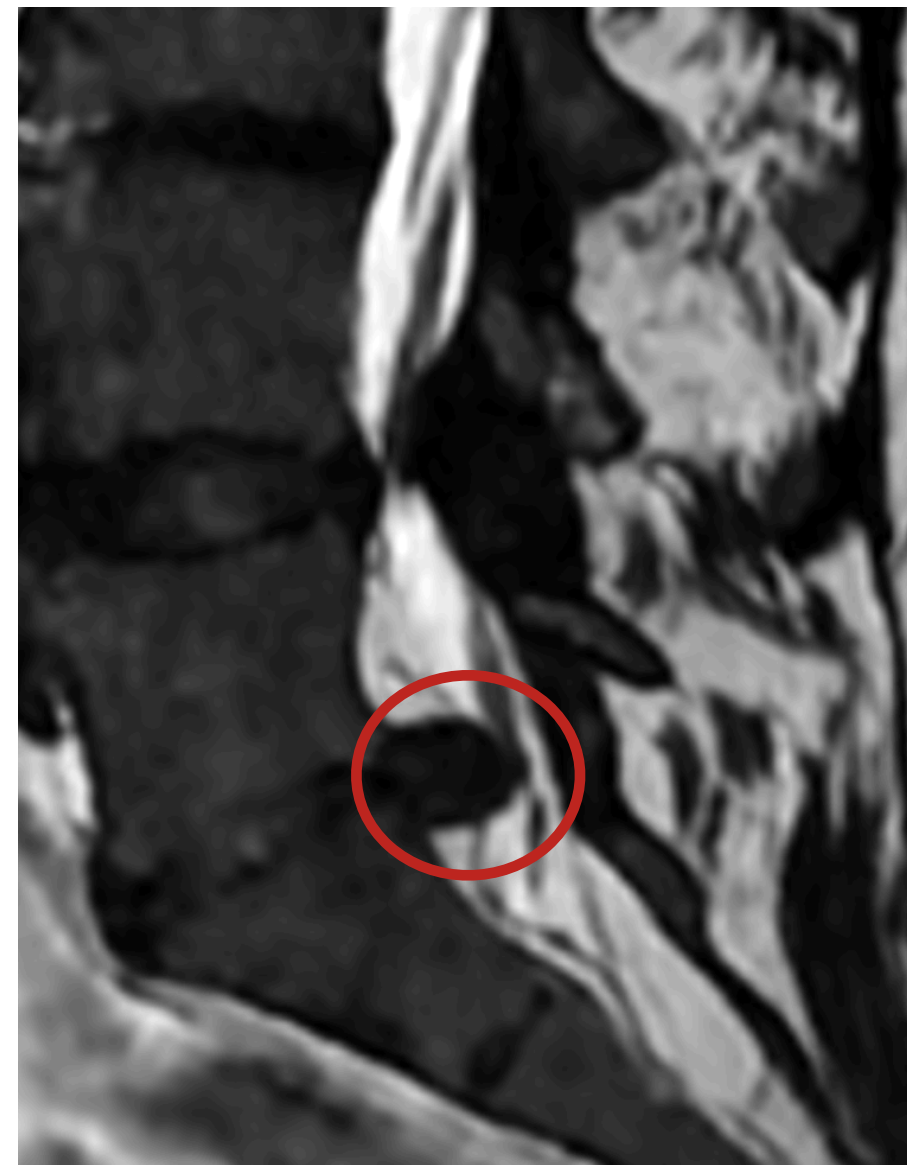
Hernie discale lombaire

- Après 1 mois, la patiente est toujours gênée, pas de franche amélioration
- Faites-vous des examens complémentaires, et si oui, lesquels ?
 - 1. Scanner : **NON, en 2025, l'IRM est indispensable**, aucun chirurgien (nouvelle génération) n'opérera une hernie discale sur les bases d'un scanner (sauf urgence ou contre-indication absolues)
→ fait perdre du temps, irradie le malade pour rien
 - 2. Radio : aucun intérêt
 - **3. IRM** : SEUL EXAMEN A DEMANDER DANS LE BILAN D'UNE LOMBORADICULALGIE
 - 4. EMG : NON, pas en première intention → si doute sur la concordance radioclinique, souvent demandé par le chirurgien
 - 5. EOS : pas la bonne indication

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- L'IRM révèle une hernie discale L5-S1 gauche paramédicale comprimant la racine S1



- CAT ?

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- CAT ?
 - 1. Infiltration
 - 2. Avis chirurgical
 - 3. Rien

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- CAT ?
 - 1. Infiltration
 - 2. Avis chirurgical
 - 3. Rien

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Soulagée 3 semaines (le temps de passer l'ECN), mais la douleur est revenue
- CAT ?
- 1. Nouvelle infiltration
- 2. Avis chirurgical
- 3. Nouvelle IRM

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Soulagée 3 semaines (le temps de passer l'ECN), mais la douleur est revenue
- CAT ?
- 1. Nouvelle infiltration
- 2. Avis chirurgical
- 3. Nouvelle IRM

→ rejoint la PEC de la NCB non déficitaire

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

En pratique :

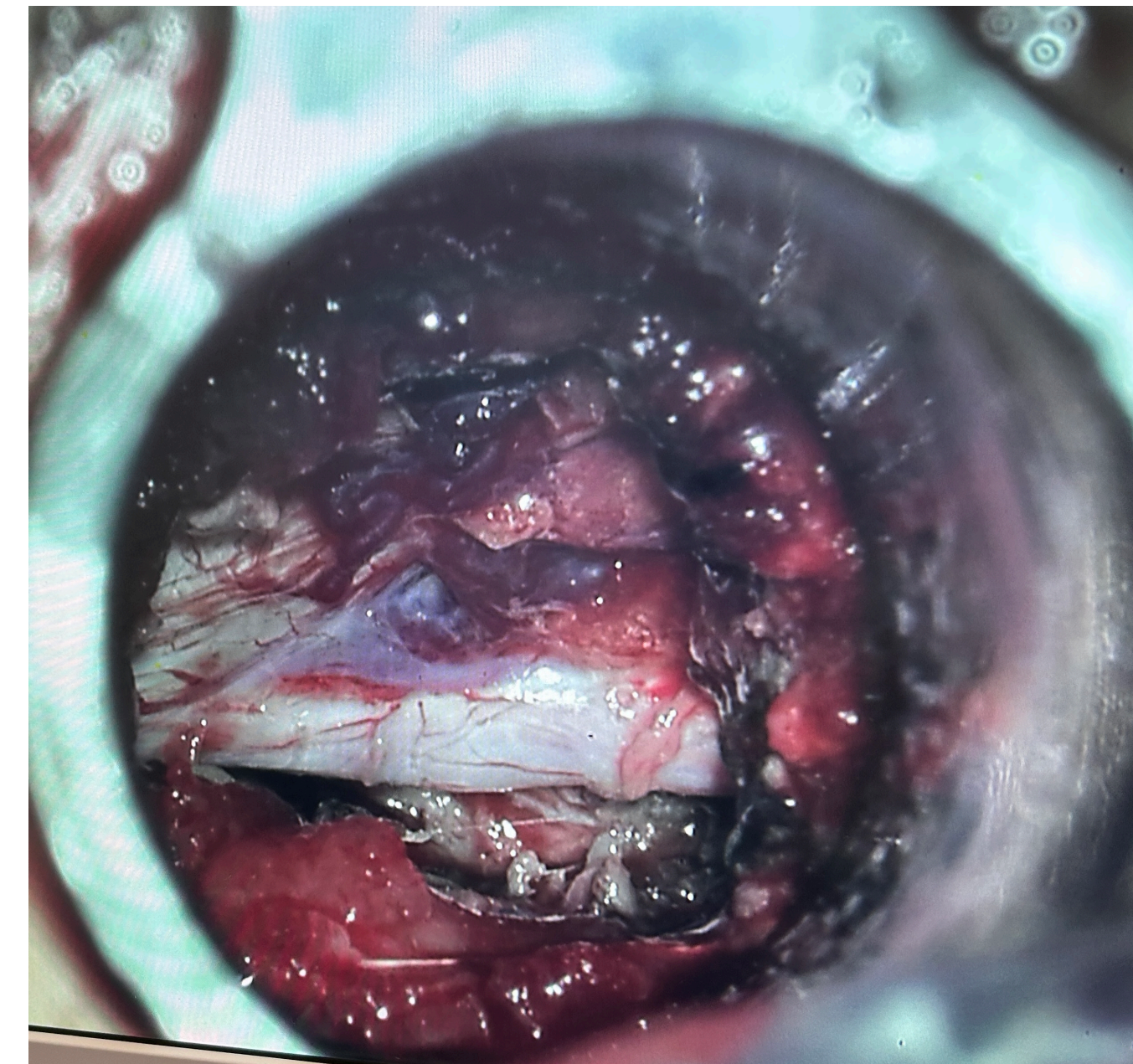
- HD = douloureux +++
- Le plus souvent, patient jeune et en activité professionnelle, avec enfants en bas âge → contraintes pro et perso
- Episode AIGU !!
- Imagerie = IRM (si contre-indication absolue, scanner) APRÈS 1 mois : **NE PAS SE PRECIPITER +++**
On voit parfois des patients qui ont mal depuis 15 jours et déjà une IRM et un RDV pour une infiltration : AUCUN INTERET
- Traitement = antalgiques - AINS (voir corticoT) puis infiltration puis chirurgie
- **NE PAS LAISSER TRAINER +++++**
- Délai idéal pour chirurgie ... au cas par cas mais pas avant 1 mois (sauf urgence), et éviter au maximum après 6 mois (risques de douleurs neuropathiques +++)
- **80 % = RÉOLUTION SPONTANÉE EN 6 À 8 SEMAINES !!!!!**

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

La chirurgie

- N'est plus la chirurgie d'il y a 30 ans : impact de la chirurgie mini-invasive ++++ (et de l'endoscopie, très en vogue actuellement)
- EFFICACITE ++++++++ immédiate et radicale (normalement)
- Ambulatoire
- Arrêt de travail indispensable
minimum 6 semaines
parfois 3 mois (manutentionnaire, chauffeur poids lourd ou bus ...)
parfois moins (télétravail)
- Arrêt du sport : 6 semaines (vélo, natation) à 3 mois (raquettes, golf, ski ...)
- Parfois : contre-indication absolue à la position assise pendant 6 semaines
- Autonome dès le retour à domicile
- Seule véritable contre-indication : CONDUITE AUTOMOBILE ++



Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

Les complications

- FDR : **obésité** ++++++, tabac, anticoagulants
- Hématome : complications précoces, récurrence douloureuse, voir aggravation douloureuse ou déficit, jusqu'au syndrome de queue de cheval
→ corticothérapie, surveillance, mais reprise le plus souvent
- Récurrence herniaire : précoce (< 1 mois) = reprise chirurgicale +++ ; ou tardive (> 1 an) = rejoint la PEC des premières fois
- Brèche durale : assez fréquente (10%), le plus souvent sans conséquence

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

Les différentes évolutions

- Récupération ad integrum : le plus souvent dans la hernie simple non déficitaire, avec reprise de l'ensemble des activités
- Persistance d'un tableau lombaire : assez fréquent, surtout si le tableau lombaire préexistait (on rejoint la prise en charge des lombalgies chroniques)
- Douleurs neuropathiques : plutôt rares, en cas de retard à la prise en charge (1 an ou plus), ou de symptomatologie initiale sévère (déficit, hyperalgie ...)
 - plaie du chirurgien
 - fréquence ++ dans les hernies extra-foraminales
 - plus fréquent qu'en cervical
- Lombalgie discogénique : conséquence de la hernie discale (et non de la chirurgie), pouvant nécessiter arthrodèse (rare)
- Fibrose péri-radriculaire : réapparition tableau douloureux, sans récurrence sur l'IRM ... pas de solution miracle → centre de la douleur

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- 6 semaines après la chirurgie (juste après avoir vu son chirurgien, comme par hasard), après une guérison totale, Madame M. signale une résurgence douloureuse
- Douleur selon le même territoire (S1 gauche), peu lombalgique
- Avec cette fois des brûlures, une sensation de froid, des douleurs surtout au repos
- Que suspectez-vous ?

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

2 hypothèses :

- Récidive de hernie discale
- Douleurs neuropathiques

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Que proposez-vous ?
- 1. Consultation avec son chirurgien
- 2. IRM
- 3. EMG
- 4. Gabapentine et Laroxyl

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

- Que proposez-vous ?
- 1. Consultation avec son chirurgien : OUI, on est en post-op précoce, la patiente doit absolument revoir son chirurgien qui ne peut pas dire qu'il s'en lave les mains : même si pas d'explication claire, doit adresser la patiente au bon endroit (rééducation, centre de la douleur ...)
- 2. IRM : INDISPENSABLE (avec injection) ; traquer la récurrence de hernie +++
- 3. EMG : c'est ici qu'il a toute sa place, à la recherche de signes de dénervation
- 4. Gabapentine et Laroxyl : oui, présence de francs caractères neuropathiques, débuter le plus tôt possible (surtout Laroxyl pour douleurs nocturnes +++)

Cas clinique n°2

Hernie discale lombaire

En pratique :

- Ne pas hésiter à recontacter le chirurgien (en règle générale assez disponible)
- Demander l'IRM rapidement (on est en **post-op = DRAPEAU ROUGE**), on n'est pas dans un cadre de lombo-sciatique classique
- Idéalement, patient revoit son chirurgien avec imagerie (sinon : perte de temps)

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- Monsieur R., 78 ans
- Ancien chef d'entreprise
- ATCDs : cardiopathie ischémique stentée, diabète de type 2, tabagisme actif, obésité ...
- Douleurs à la marche depuis 6 mois à 1 an, d'aggravation progressive, irradiant dans les 2 jambes, plutôt en arrière des cuisses

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?
- 1. Canal lombaire étroit
- 2. AOMI : ne pas passer à côté (mais présentation assez différente)
importance des pouls périphériques
douleurs plus distales, le plus souvent mollet et pied, à l'inverse du CLE

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

Présentation clinique STÉRÉOTYPÉE

- > 60 ans (attention : parfois moins, surtout chez les sujets noirs)
- CLAUDICATION +++++ = restriction du périmètre de marche
- DOULOUREUSE +++++ : si non-douloureux, rechercher une atteinte médullaire (cervicale ou dorsale)
- Le plus souvent sciatique bilatérale (face postérieure de cuisse), parfois crurale (face antérieure), parfois unilatéral / souvent tronquée au genou (rarement irradiation complète jusqu'au pied)
- Signe du caddie assez spécifique
- Pas de douleur au repos !
- Aggravation progressive
- Responsable d'une restriction +++ de la qualité de vie : les patients ne sortent plus !! (chien, courses ...)

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- Quelles explorations complémentaires ?
- 1. Echo-Doppler artériel des membres inf
- 2. Scanner du rachis lombaire
- 3. IRM du rachis lombaire
- 4. Autre ?

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- Quelles explorations complémentaires ?
- 1. Echo-Doppler artériel des membres inf
- 2. Scanner du rachis lombaire
- 3. IRM du rachis lombaire
- 4. Autre ?

Cf : on est en 2025, l'IRM est indispensable, pas de place pour la radio standard, le scanner ne fait que perdre du temps et irradier le malade

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

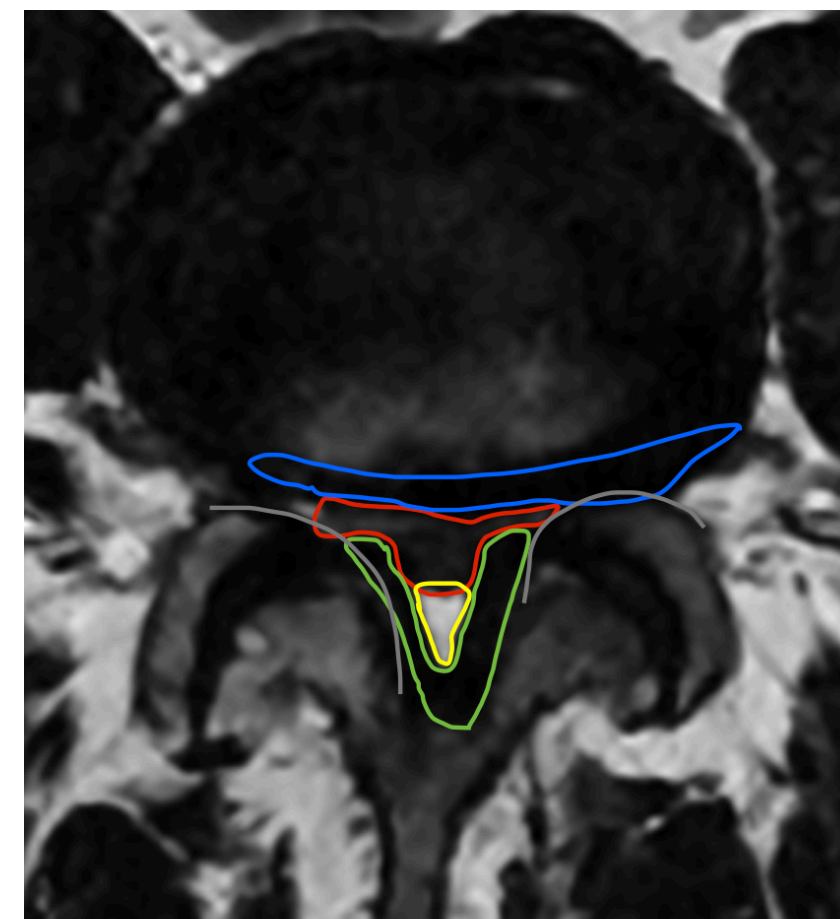
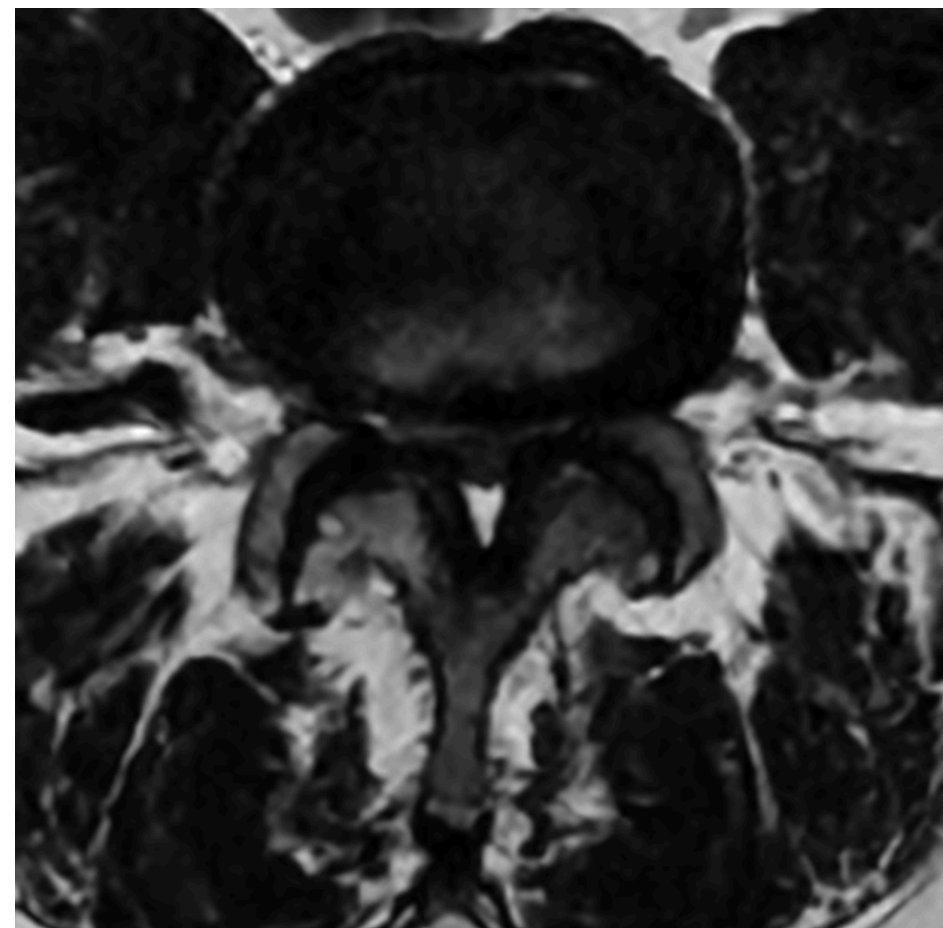
- L'IRM retrouve

L3-L4 : bombement discal circonférentiel non protrusif, venant au contact des émergences radiculaires L4, sans effet de masse. Canal étroit relatif avec persistance de LCR autour des racines (grade Lausanne B, diamètre antéropostérieur de 8 mm).

L4-L5 : bombement discal circonférentiel, voussure des ligaments jaunes et légère lipomatose épidurale. Canal étroit sévère avec effacement complet du LCR autour des racines (grade Lausanne C), diamètre antéropostérieur de 6 mm. Nettes arthrose interapophysaire bilatérale.

CONCLUSION

Canal étroit dégénératif sévère L4-L5 et modéré L3-L4.
Pas de compression discoradiculaire.



Disque

Gras (=lipomatose)

Ligament jaune

Articulation

Sténose serrée +++

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- CAT ?
- 1. Infiltration
- 2. Avis chirurgical

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- CAT ?
- 1. Infiltration
- 2. Avis chirurgical

C'est toujours la même chose : d'abord traitement médicamenteux (très peu efficace dans le CLE ...), puis infiltration, et en dernier recours chirurgie

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- Patient soulagé pendant 1 an, mais revient pour la même symptomatologie
- Que faire ?

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

- Patient soulagé pendant 1 an, mais revient pour la même symptomatologie
- Que faire ?
 - la même chose
 - chirurgie si patient invalidé, demandeur
 - ne pas oublier que CLE = le plus souvent sujet âgé et polypathologique, donc risques chirurgicaux démultipliés

Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

Chirurgie

- Idem que HD : évolution majeure depuis l'avènement du mini-invasif !
NB : endoscopie bof bof pour l'instant (pas de supériorité par rapport au tube du mini-invasif)
- Ambulatoire le plus souvent (sauf si plusieurs niveaux, ou si patient très vieux ou très polypourri)
- Recrudescence douloureuse assez classique (25 à 50%) en post-opératoire, liée à un petit hématome, qui finit par s'amender en quelques jours
- Mobilisation précoce ++++ : surtout pas d'alitement prolongé
- Attention position assise (beaucoup moins rigoureux qu'en post-op de hernie) et conduite automobile

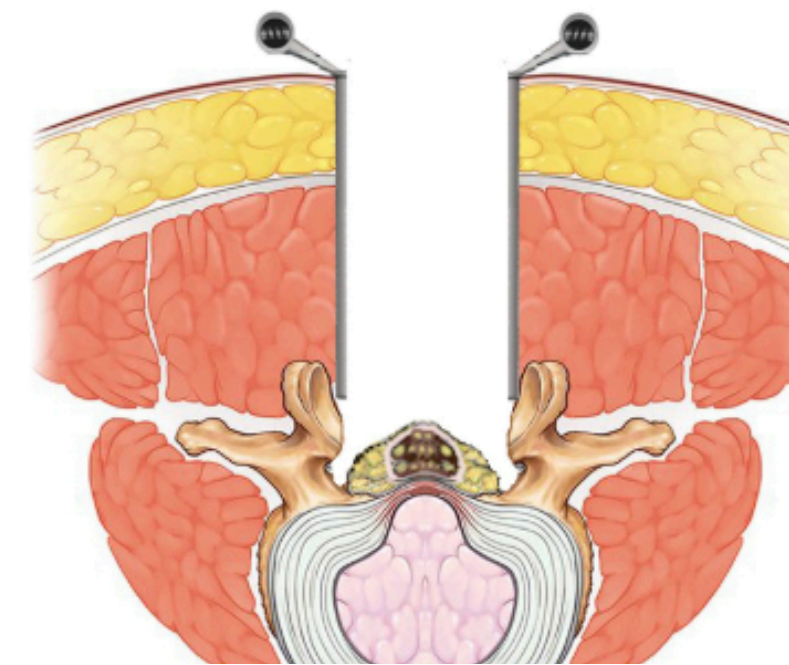
Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

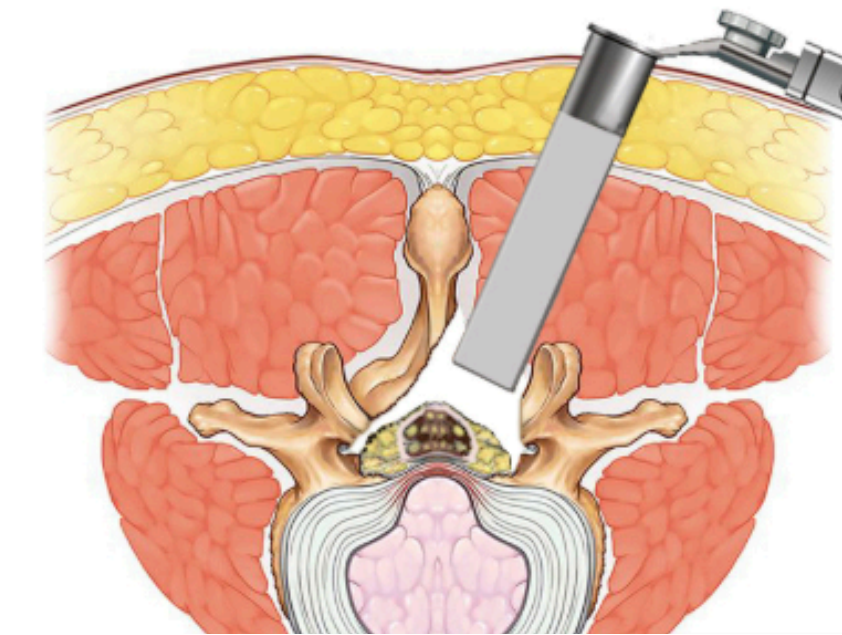
Chirurgie

- But = recalibrage canalaire = laminectomie
→ normalisation du périmètre de marche, disparition des douleurs radiculaires / efficacité +++
- Risque = hématome +++
drainage n'a jamais montré efficacité sur la prévention de survenue d'hématome
le plus souvent simple recrudescence douloureuse, pas de reprise
plus rarement : impotence majeure, déficit, queue de cheval ...
- Risque = brèche ++
beaucoup plus fréquent que sur hernie discale (chirurgie plus difficile)
- Aujourd'hui, on limite de plus en plus les indications d'arthrodèse dans le canal lombaire rétréci
→ **pas d'arthrodèse, pas de problème !!**

Recalibrage lombaire conventionnel



Recalibrage lombaire mini-invasif



Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

Quelques points clés

- Fréquemment associé à myélopathie cervicale +++
→ chirurgien redressera souvent le diagnostic avec demande d'une IRM cervicale complémentaire en cas de doute diagnostique
→ différence cruciale : la myélopathie donne une claudication NON DOULOUREUSE
- Intérêt de refaire des infiltrations : souvent patient polypathologique bien soulagé par infiltration
- Chirurgie efficace et peu morbide : même chez le patient âgé !!
- Problème = complication chez le sujet âgé = perte d'autonomie ++
- Peu (ou pas) efficace sur la lombalgie : bien prévenir le patient



Cas clinique n°3

Canal lombaire étroit

La lipomatose

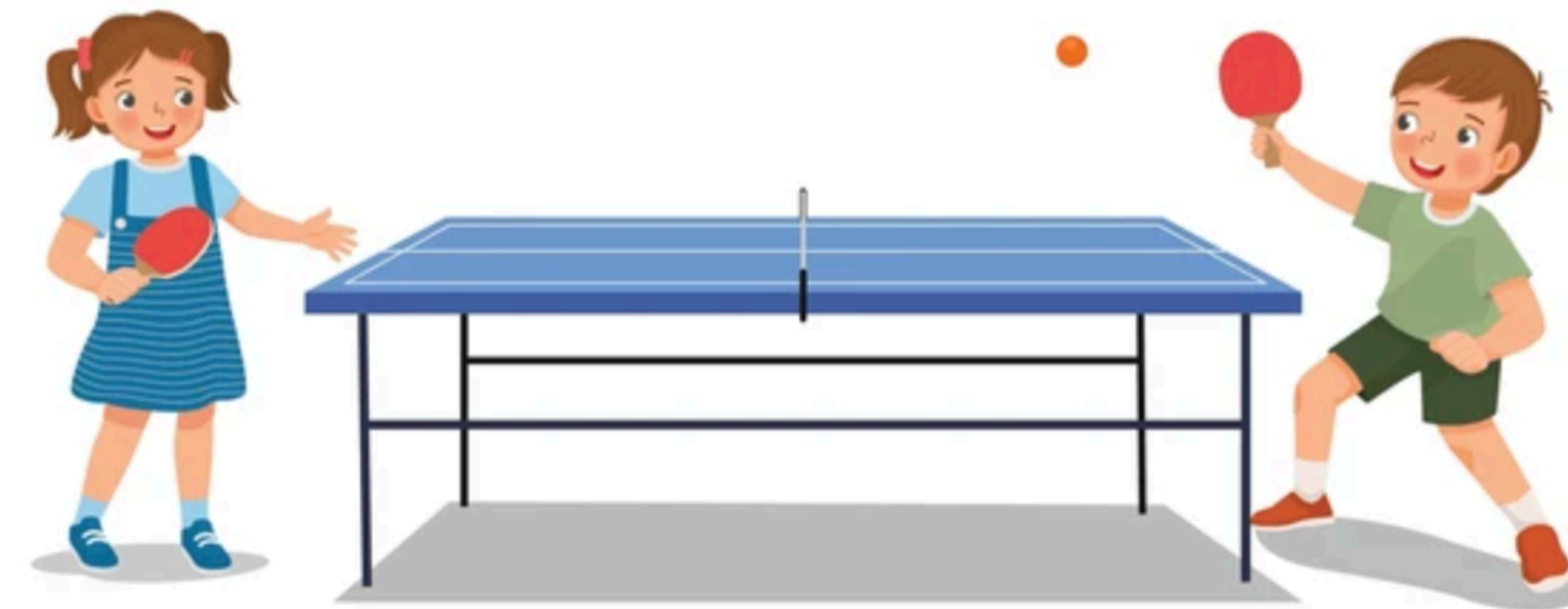
- Patients de plus en plus gros ...
- Donc lipomatose (gras dans le canal) de plus en plus fréquente
- Même tableau que CLE
- Mais traitement = REDUCTION PONDERALE ++++++++
- Chirurgie = dangereuse (car lipomatose = pluriétagée, donc plus de niveaux à décompresser, moins efficace, et vecteur de complication ++, notamment hématome)
- SE DISCUTE AU CAS PAR CAS (impotence majeure, lipomatose modérée et focale, pas de lombalgie, après avoir vu le malade plusieurs fois en consultation ...)

→ ATTENTION A LA LIPOMATOSE (souvent patient revendicateur)

Lombalgie chronique

Ah la la ... la lombalgie chronique

- Personne n'aime ça : médecin généraliste, chirurgien, rééducateur, médecin de la douleur
- « Mal du siècle », 1er motif de consultation en rhumatologie ou chirurgie du rachis « j'ai mal au dos »
- Ca s'opère ? → oui, **MAIS** ...
 - Au cas par cas
 - Stratégie intuitive
 - PAS DE GOLD STANDARD
 - AUCUNE GARANTIE FONCTIONNELLE
 - Améliorations technologiques +++ : chirurgie tubulaire, endoscopique, robot, navigation, percutanée



Lombalgie chronique

LES MOINS

FIBROMYALGIE !!!!!

Arrêt de travail prolongé

Sédentaire

Obèse

Multiplication des examens

Contexte d'AT +++

Nomadisme (3 voir 4 avis chirurgicaux)

Antécédents chirurgicaux avec échecs (doit retourner voir son chirurgien)

LES PLUS

Patient en activité

Sportif

Discopathie unique ou double, « vraie cause » sur l'IRM (spondylolisthesis, lyse isthmique, remaniement Modic ...)

Adhère au programme proposé avant la chirurgie (rééducation, infiltration ...)

FEELING !!!

Lombalgie chronique

Quand adresser au chirurgien ?

- A la demande du patient
- En absence d'amélioration après traitement médical bien conduit : antalgiques, kinésithérapie efficace (ATTENTION A LA KINESITHERAPIE INEFFICACE)
- En cas de doute
- Lorsque vous êtes à bout ...

Lombalgie chronique

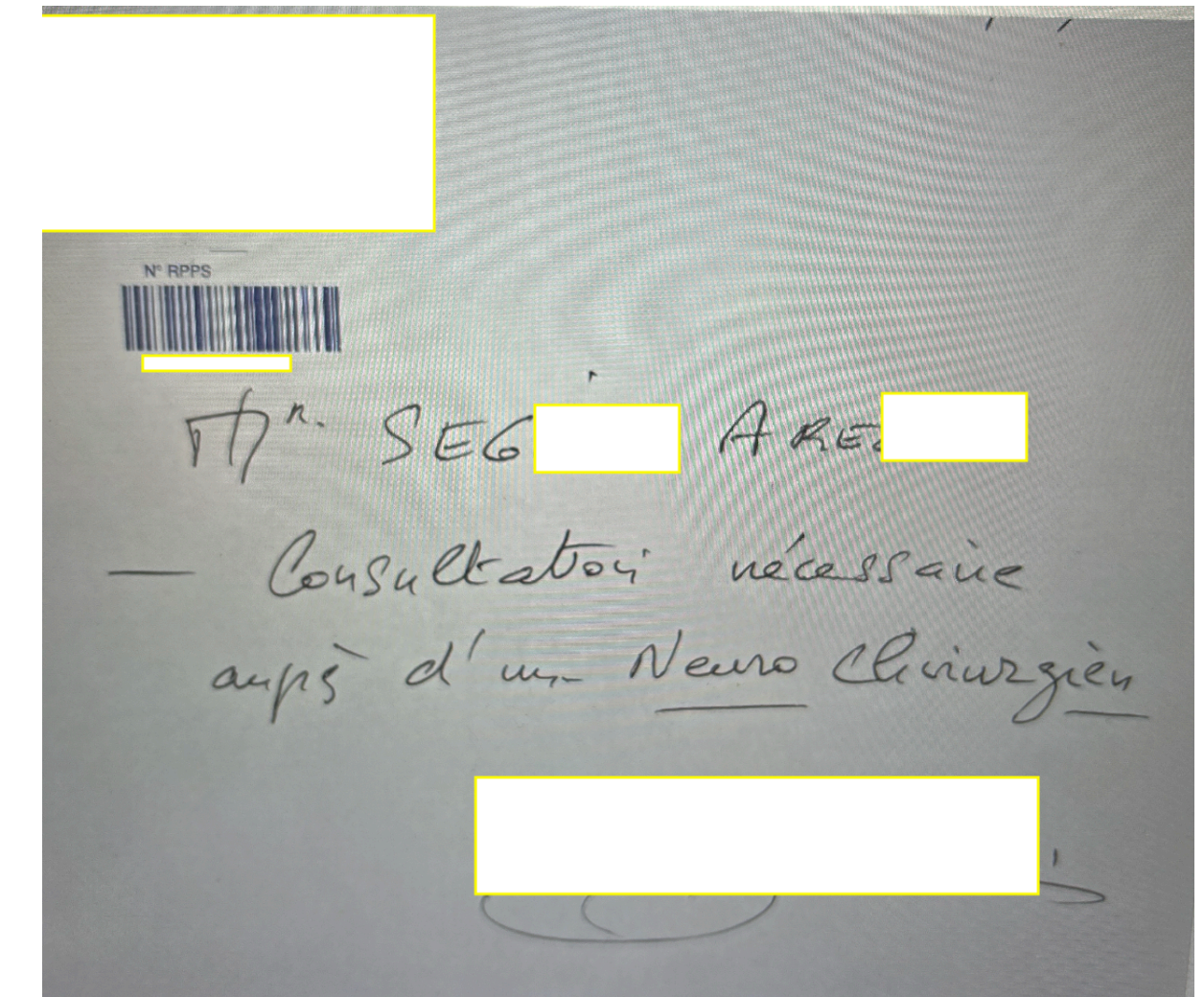
La place des autres spécialités ?

- Rhumatologue : AUCUN INTERET DANS LES RADICULALGIES, et nécessaire surtout en cas de doute avec pathologie inflammatoire
- **MPR** : correspondant de choix dans la lombalgie chronique, parfois devrait être en première ligne
- Algologue : indispensable également, mais souvent en dernier recours, une fois les possibilités rééducatives et chirurgicales épuisées
- Ostéopathes - acupuncteurs - hypnotiseurs - marabouts ... : tout est bon à prendre, mais n'ont pas montré d'efficacité ...

Lombalgie chronique

Quel bilan ?

- Avec courrier d'adressage SVP (antécédents et traitements du patient)
- Imagerie minimale requise : **IRM ET scanner**, si possible **radiographie EOS**
- Kiné +++
 - Ne pas non plus multiplier les examens (patient qui a mal depuis 10 ans a souvent 3 scanners et 2 IRM par an, et arrive en consultation avec 20 examens)
 - Infiltrations ?
 - Oui mais ...
 - Pas obligatoires car ne sont pas les mêmes que pour les radiculalgies
 - Nécessité d'infiltrations articulaires, mais quel niveau ? Quel côté ? → discussion de spécialiste



Lombalgie chronique

Quelle prise en charge par le chirurgien ?

- Le plus souvent pas de chirurgie ...
- Réoriente le patient : rééducateur, algologue, rhumato, ortho
- Propose infiltrations, complète le bilan radiologique, et revoit le malade en cas de non amélioration
- Si pas de drapeau jaune ou noir, bon feeling, vraie pathologie à l'imagerie, patient réellement douloureux, rééducation faite → chirurgie au cas par cas

Lombalgie chronique

Chirurgie :

- Arthrodèse par voie antérieure, ou latérale (ALIF - OLIF)
- Arthrodèse par voie postérieure (TLIF)
- Arthrodèse pluri-étagée
- Arthroplastie (prothèse)
- ...

5 chirurgiens différents = 5 prises en charges différentes

PAS DE TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE ++++++

Lombalgie chronique

Quelques exemples :

- Patient jeune, discopathie unique, lombalgie d'aggravation progressive sur quelques années, anciennement sportif mais qui ne peut plus pratiquer son sport, qui continue de travailler, qui a fait la rééducation—> excellente indication

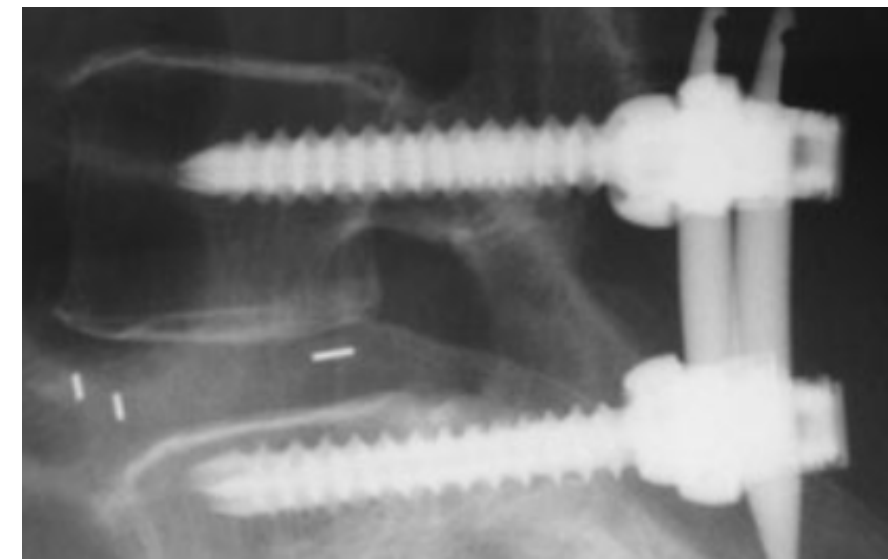
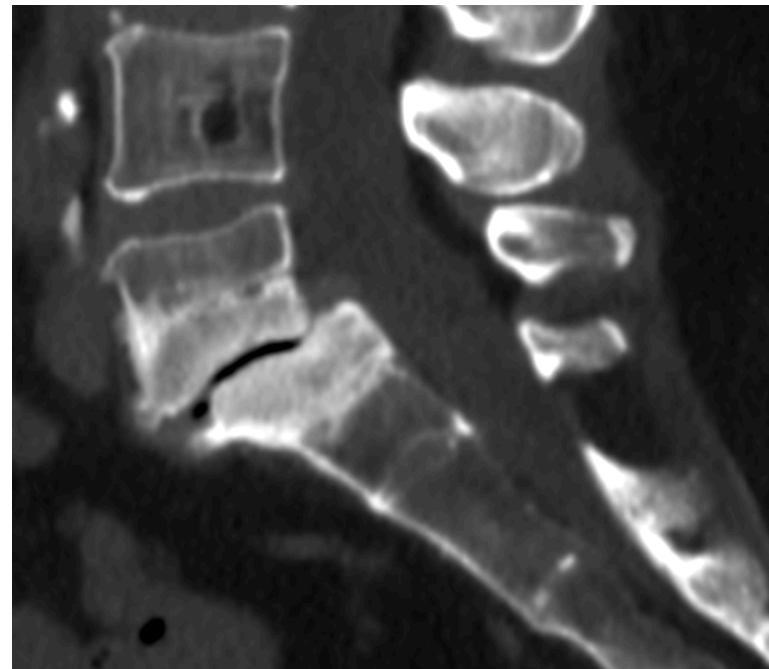


- MAIS : prévenir de l'absence de guérison totale, des risques à distance (infection, malposition de matériel, syndrome adjacent ...)
- Chirurgie aujourd'hui bien maîtrisée, avec hospitalisation courte, MAIS QUI RESTE INVASIVE +++
- Totalement différent de la prise en charge d'une hernie discale ou d'un canal lombaire étroit

Lombalgie chronique

Quelques exemples :

- Patient moins jeune, spondylolisthesis sur lyse isthmique, discopathie unique, lombo-radiculalgie d'aggravation progressive sur quelques années, continue de travailler, a fait la rééducation et les infiltrations—> excellente indication



- MAIS : prévenir de l'absence de guérison totale, des risques à distance (infection, malposition de matériel, syndrome adjacent ...)
- Chirurgie aujourd'hui bien maîtrisée, avec hospitalisation courte, MAIS QUI RESTE INVASIVE +++
- Totalement différent de la prise en charge d'une hernie discale ou d'un canal lombaire étroit

Lombalgie chronique

Take home message :

- Prise en charge **pluridisciplinaire +++++** (surtout chirurgien et rééducateur, mais aussi médecin généraliste et algologue)
- Chirurgie en dernier recours
- Arthrodèse = complication +++++
- Parfois, excellentes indications, avec excellents résultats → NE PAS HESITER A ADRESSER AU CHIRURGIEN
- Chirurgien souvent en première ligne, réadresse le malade en fonction de son examen et du bilan d'imagerie
- Si chirurgien dit « pas d'indication », alors ne pas lui réadresser le malade 6 mois plus tard (éventuellement 2ème avis si insistance du patient)

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
Il arrive qu'on voit des malades en consultation pour lumbago
Apanage des chirurgiens récemment installés (car délais courts)

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE :**
 - **EVOLUANT DEPUIS MOINS D'UN MOIS** : sera traitée par le mépris

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE :**
 - **EVOLUANT DEPUIS MOINS D'UN MOIS** : sera traitée par le mépris
 - **SANS IRM** : perte de temps ... le chirurgien prescrit l'IRM et revoit le malade

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE :**
 - **EVOLUANT DEPUIS MOINS D'UN MOIS** : sera traitée par le mépris
 - **SANS IRM** : perte de temps ... le chirurgien prescrit l'IRM et revoit le malade
 - **PAS INFILTRÉ** : sauf cas particuliers (récidive de hernie, refus du malade ...)

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE** : à la phase précoce, ou sans IRM, ou pas infiltré
- la **DEMANDE D'AVIS POUR INFILTRATION : NON !!!!!!!!!!!**
 - Les médecins généralistes sont dans la parfaite capacité de demander une infiltration pour un CLE ou une HD en cas de bonne concordance sur l'imagerie (ex : volumineuse hernie, sténose canalaire serrée ...)

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE** : à la phase précoce, ou sans IRM, ou pas infiltré
- la **DEMANDE D'AVIS POUR INFILTRATION : NON !!!!!!!!!!!**
 - Les médecins généralistes sont dans la parfaite capacité de demander une infiltration pour un CLE ou une HD en cas de bonne concordance sur l'imagerie (ex : volumineuse hernie, sténose canalaire serrée ...)
 - Les infiltrations sont faites par des RADIOLOGUES qui sont MEDECINS, et qui sont censés voir le malade avant d'effectuer l'infiltration

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE** : à la phase précoce, ou sans IRM, ou pas infiltrée
- la **DEMANDE D'AVIS POUR INFILTRATION : NON !!!!!!!!!!!**
 - Les médecins généralistes sont dans la parfaite capacité de demander une infiltration pour un CLE ou une HD en cas de bonne concordance sur l'imagerie (ex : volumineuse hernie, sténose canalaire serrée ...)
 - Les infiltrations sont faites par des RADIOLOGUES qui sont MEDECINS, et qui sont censés voir le malade avant d'effectuer l'infiltration
 - Adressez vous les malades aux rééducateurs en demandant « intérêt d'une prise en charge chirurgicale ? »

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE** : à la phase précoce, ou sans IRM, ou pas infiltré
- la **DEMANDE D'AVIS POUR INFILTRATION : NON !!!!!!!!!!!**
 - Les médecins généralistes sont dans la parfaite capacité de demander une infiltration pour un CLE ou une HD en cas de bonne concordance sur l'imagerie (ex : volumineuse hernie, sténose canalaire serrée ...)
 - Les infiltrations sont faites par des RADIOLOGUES qui sont MEDECINS, et qui sont censés voir le malade avant de proposer une infiltration
 - Adressez vous les malades aux rééducateurs en demandant « intérêt d'une prise en charge chirurgicale ? »
 - Demande d'avis à un chirurgien pour infiltration = PERTE DE TEMPS

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE** : à la phase précoce, ou sans IRM, ou pas infiltré
- la **DEMANDE D'AVIS POUR INFILTRATION : NON !!!!!!!!!!!**
- le lombalgique chronique ... (le vrai) : obèse, en invalidité, fibromyalgique, avec une IRM normale

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE** : à la phase précoce, ou sans IRM, ou pas infiltré
- la **DEMANDE D'AVIS POUR INFILTRATION : NON !!!!!!!!!!!**
- le lombalgique chronique ... (le vrai) : obèse, en invalidité, fibromyalgique, avec une IRM normale
- les deuxièmes (ou troisièmes ...) avis

Conclusion

Ce que le chirurgien n'aime pas voir en consultation

- **LE LUMBAGO +++++** : pathologie typique de médecine générale
- **LA SCIATIQUE, LA NCB OU LE CLE** : à la phase précoce, ou sans IRM, ou pas infiltré
- la **DEMANDE D'AVIS POUR INFILTRATION : NON !!!!!!!!!!!**
- le lombalgique chronique ... (le vrai) : obèse, en invalidité, fibromyalgique, avec une IRM normale
- les deuxièmes (ou troisièmes ...) avis ...
- MAIS : en cas de doute, nous sommes toujours disponibles, et on ne refusera JAMAIS de voir un patient

Conclusion

Ce que le chirurgien souhaite voir en consultation

- **La sciatique, la NCB ou le CLE** : avec une IRM, une infiltration, et après 6 semaines d'évolution
- Les tumeurs intracanales (schwannomes, méningiomes)
- Les « spondylolisthésis », les « lyses isthmiques » ...
- Les fractures
- Tout ce dont vous avez besoin, de toutes façons il est là pour ça, et si ça lui plaît pas c'est pareil
—> notre rôle = rassurer, redresser le diagnostic, réorienter, opérer et récuser

MERCI DE VOTRE ATTENTION

