

## LES ATTEINTES RADICULAIRES LOMBAIRES (Cruralgie, Sciatique)

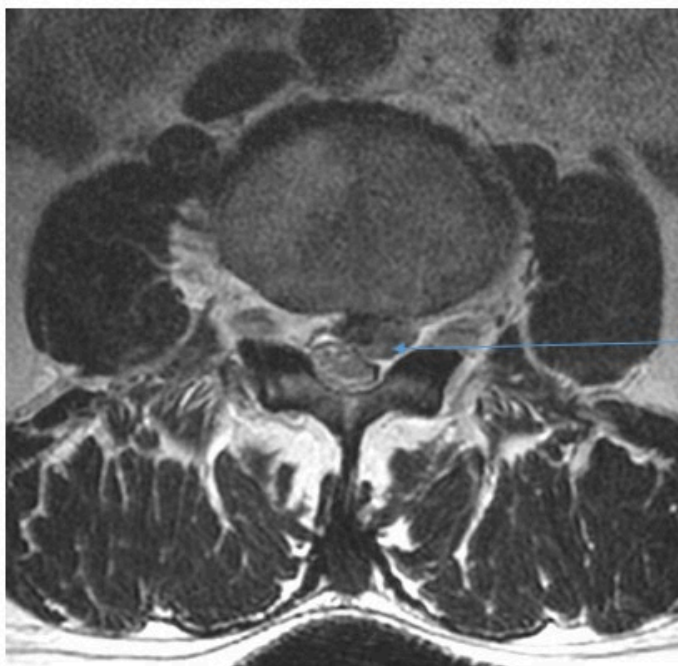
### Qu'est ce qu'une radiculopathie ?

La douleur radiculaire est le plus souvent de type neuropathique à type de brûlure, de décharge électrique, sensation de cuisson le long du trajet de la racine concernée. Elle a communément comme origine un conflit entre un disque vertébral lombaire et au moins une des racines nerveuses. Selon la racine touchée, on parle de cruralgie pour une atteinte de L4 et de sciatique pour une atteinte de L5 et S1. Le nerf sciatique est formé à partir des racines L5, S1 et sacrée et il n'est en fait pas lésé en lui-même dans la plupart des sciatiques dont l'origine de la douleur est liée à une atteinte de la racine en amont de la formation du nerf sciatique. Le mode d'installation des douleurs (brutal ou progressif), l'intensité des douleurs, l'évolution clinique dépendent du type d'atteinte disco radiculaire rachidienne. Une douleur de sciatique sans origine rachidienne retrouvée aux examens doit faire rechercher une autre cause.

### Quelle est la cause de l'atteinte radiculaire ?

#### La hernie ou protrusion discale (figure 1)

Il existe un conflit entre un disque vertébral et une racine. Elle est d'apparition brutale ou rapidement progressive sur quelques jours, communément dans les suites d'un port de charge ou d'un effort. Sa prévalence est plus élevée chez les manutentionnaires. Les douleurs sont le plus souvent de forte intensité avec une douleur lombaire associée à la sciatique. La disparition de la douleur lombaire est le témoin clinique de la désolidarisation de la hernie discale du reste du disque intervertébral. La présence d'un déficit moteur associé à la douleur est un signe de gravité. Un déficit moteur d'apparition brutale ou rapide nécessite une évaluation urgente par votre médecin ou un médecin spécialiste qui déterminera si une décompression chirurgicale urgente doit être envisagée.



Hernie discale  
Postérolatérale gauche

Figure 1 : IRM lombaire coupe axiale, hernie discale postérolatérale gauche

### Le canal lombaire rétréci (figure2)

Les causes du rétrécissement sont souvent multifactorielles : canal de base de taille limite, protrusions discales, arthrose à développement central dans le canal, dépôts graisseux inter épineux (lipomatose épidurale)

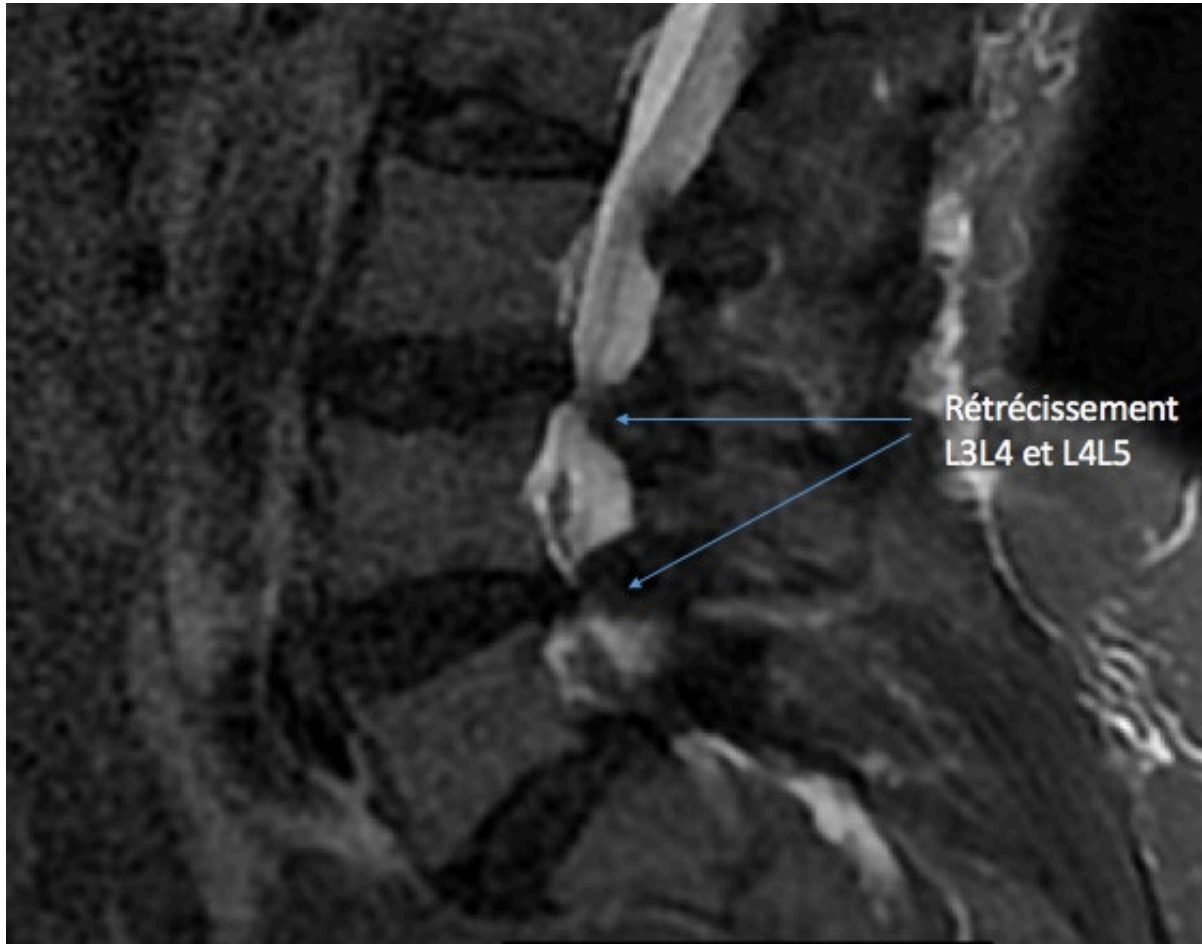


Figure 2 : IRM en séquence T2 sagittal montrant un canal lombaire rétréci en L3L4 , L4L5 et à un moindre degré L5S1

### L'arthrose des articulations inter apophysaires postérieures (Figure3 )

Elles sont soumises à des contraintes mécaniques chroniques. Un épaissement des ligaments jaunes secondaire à l'arthrose des articulations postérieures est souvent observé

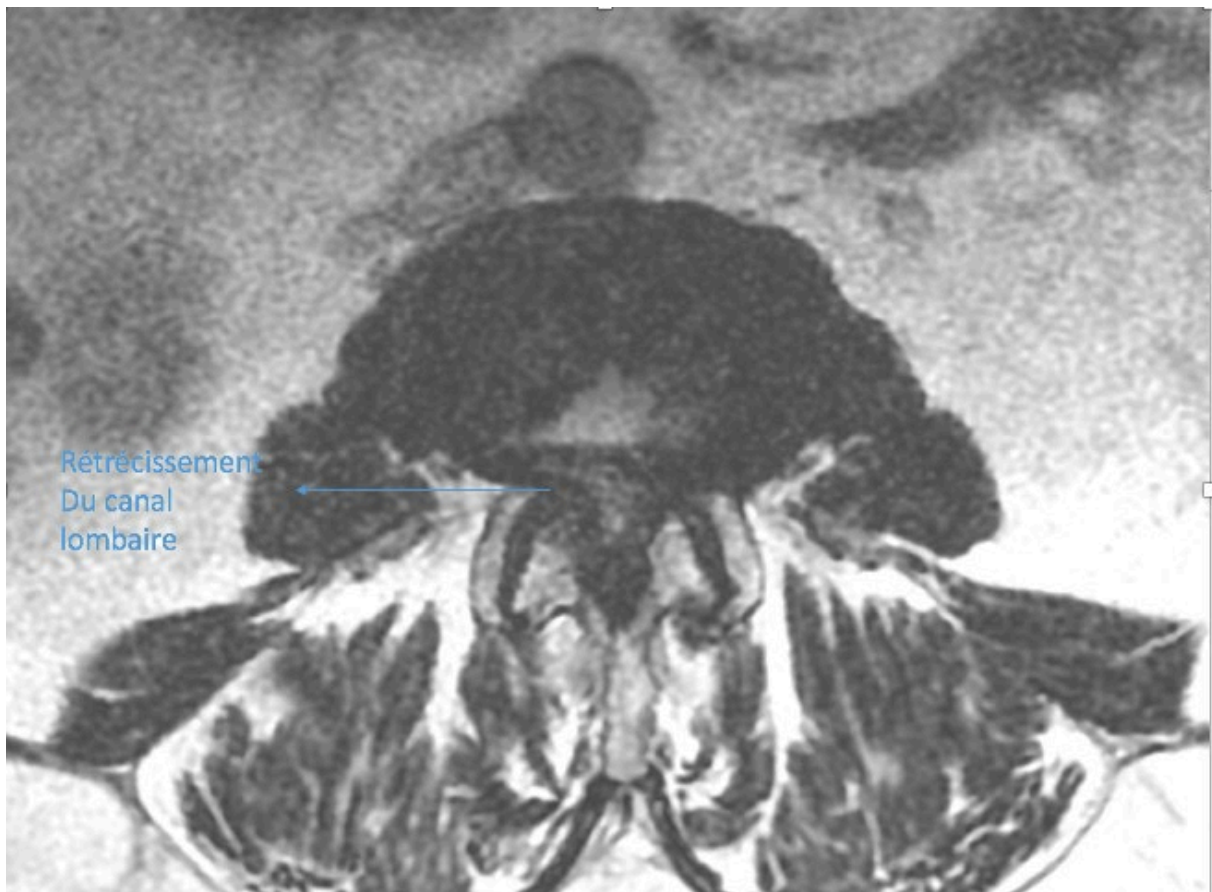


Figure 3 : IRM canal lombaire en coupes axiales. Rétrécissement canalaire sur hypertrophie des articulaires postérieures

### Comment fait-on le diagnostic ?

#### Le diagnostic est clinique

Les symptômes suivent le trajet de la racine nerveuse comprimée par le disque. Aux symptômes sensitifs (douleurs, diminution de sensibilité, engourdissement) peut s'ajouter un déficit moteur correspondant aux muscles innervés par la racine nerveuse en question. La manœuvre de Lasègue qui correspond au soulèvement du membre inférieur tendu est le test clinique le plus connu.

#### A t-on besoin d'une prise de sang ?

Non, sauf si on suspecte une origine non mécanique à la douleur (infection, tumeurs), ou si on veut pratiquer une infiltration rachidienne

#### Est-il nécessaire de faire des examens d'imagerie ?

**Les radiographies** peuvent être prescrites en première intention et peuvent suffire en cas d'évolution rapidement favorable. Le disque atteint étant radio transparent, elles permettent seulement de voir une diminution de hauteur du disque, elles montrent les lésions d'arthrose, les spondylolisthésis. Elles servent avant tout à éliminer une pathologie inflammatoire, tumorale ou autre étiologie

**L'imagerie par résonance magnétique (IRM)** est l'examen de référence pour mettre en évidence l'état des disques, l'origine de la compression. Elle est prescrite en cas de doute diagnostique ou de persistance des signes en dépit d'un traitement

**Le scanner** : Il met en évidence le disque pathologique et la hernie discale. La définition de l'examen n'est cependant pas optimale et le scanner reste un examen irradiant. Il a l'avantage d'avoir un délai d'obtention rapide et convient aux patients claustrophobes.

### Quel est le traitement et l'évolution ?

Dans la forme commune non déficitaire, elle est le plus souvent favorable en quelques semaines à trois mois avec le traitement médical, contemporaine de la dégradation spontanée de la hernie discale. La persistance d'une douleur importante à 4 mois doit faire envisager une solution chirurgicale.

**Le traitement médicamenteux** : son objectif est de calmer/masquer la douleur le temps que les signes régressent spontanément.

- Les antalgiques de classe 1 et 2, plus rarement les antalgiques de classe 3 (morphine)
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (lorsqu'il n'existe pas de contre indication) . La cortisone peut être par voie orale à forte dose en cure courte en cas d'échec ou de contre indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Les corticoïdes oraux sont surtout utilisés dans les radiculopathies cervicales
- Les médicaments connus pour être efficaces sur les douleurs de type neuropathiques (prégabaline, gabapentine)

**Les infiltrations rachidiennes** de dérivés cortisoniques sont souvent proposées (cf fiches d'informations sur les infiltrations ). Plusieurs techniques d'infiltrations existent (guidage radiologique, échographique par la voie du hiatus, à l'aveugle avec repères clinique). Plusieurs sites d'infiltration peuvent être proposés en fonction du siège de la compression, ce qui nécessite d'avoir eu au préalable un examen d'imagerie par IRM ou scanner. Les infiltrations ne concernent en pratique que l'étage lombaire

### Le traitement chirurgical :

En cas de hernie discale, l'objectif est de réséquer la hernie discale pour décompresser la ou les racines comprimées par la hernie discale.

- En urgence en cas de déficit moteur, troubles sphinctériens après avis spécialisé auprès d'un chirurgien du rachis (orthopédiste du rachis ou neurochirurgien).
- En cas de persistance d'une douleur de sciatique à 4 mois malgré un traitement médical bien conduit.

Dans le cadre du canal lombaire étroit, l'objectif est d'élargir le canal en réalisant une ouverture du canal par ablations des lames (partie de l'arc postérieur de la vertèbre) appelé laminectomie, avec dans certains cas une fixation par du matériel (arthrodèse)

### **LES ATTEINTES RADICULAIRES CERVICALES (Névrалgie cervico-brachiale)**

Par analogie avec la description des radiculopathies lombaires, on décrit des radiculopathies cervicales, autrement appelée névrалgie cervicobrachiale, équivalentes au membre supérieur des « sciatiques » du membre inférieur.

Ce sont des douleurs à type de brûlures, décharges électriques, sensation d'écrasement, ayant pour origine une irritation d'une racine nerveuse à son émergence du rachis cervical, et reproduisant le trajet fonctionnel de ce nerf. La plupart du temps cette irritation a pour origine soit une hernie discale cervicale, soit un rétrécissement foraminal, par arthrose, par exemple (rétrécissement des orifices de conjugaison par lesquels les racines nerveuses émergent du rachis cervical).

Ces douleurs peuvent être accompagnées de :

- troubles sensitifs, fourmillements, engourdissements, picotements.
- troubles moteurs : Faiblesse d'un groupe musculaire du membre supérieur. Comme pour les radiculopathies lombaires, **l'apparition brutale d'un déficit musculaire est une urgence justifiant un avis chirurgical immédiat.**

En plus de l'examen clinique recherchant ces troubles sensitivomoteurs, ainsi que l'abolition éventuelle des réflexes aux membres supérieurs, le diagnostic fait appel aux techniques d'imagerie :

- radiographie standard
- scanner.
- IRM.

Il est parfois nécessaire en complément d'utiliser l'électromyogramme, afin de documenter l'atteinte fonctionnelle du nerf. (Enregistrement de l'activité électrique d'un nerf le long de son trajet).

Au terme de cette démarche, le diagnostic est posé, impliquant une démarche thérapeutique progressive, progression conditionnée par l'efficacité régulièrement évaluée :

- Immobilisation locale par collier cervical.– Traitement médicamenteux
- anti-inflammatoires non stéroïdiens,
- antalgiques de palier 1 à 3 (Paracétamol associé ou non à des dérivés de la morphine, Morphine)
- corticoïdes
- spécifique des douleurs neuropathiques (Gabapentine, Prégabaline)
- Les infiltrations locales du rachis cervical n'ont d'indication qu'une fois épuisées toutes les autres solutions thérapeutiques, devant une névrалgie cervicobrachiale rebelle, et après concertation pluridisciplinaire.
- La rééducation fonctionnelle par kinésithérapeute n'intervient qu'après contrôle de la douleur

– Le traitement chirurgical est la dernière marche de l'escalade thérapeutique, en absence de signe de gravité.