

Item 279 : Radiculalgie et syndrome canalaire (Évaluations)

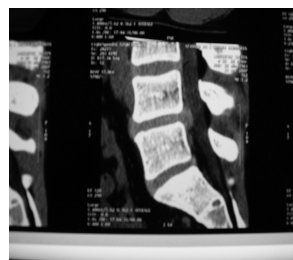
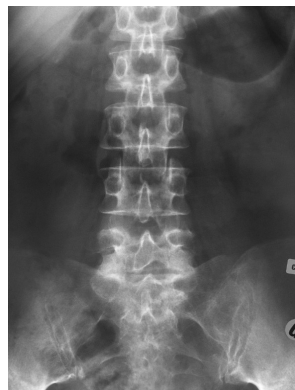
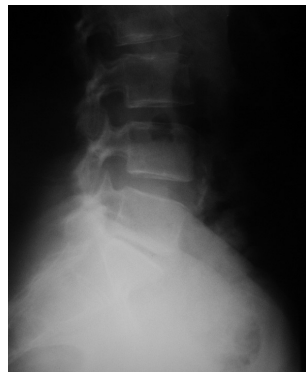
Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°2

Scénario :

Monsieur B., quarante-quatre ans, professeur de mathématiques, sans antécédents, vient vous consulter pour une lombalgie irradiant dans le membre inférieur gauche. La douleur lombaire est apparue il y a quinze jours après un effort de soulèvement. Il s'agit d'une douleur lombaire basse, relativement supportable, irradiant à la face postéro-externe de la cuisse, à la face externe de la jambe et au dos du pied. La douleur est aggravée par les efforts, soulagée par le repos, impulsive à la toux.

Son seul antécédent est une malposition urétérale opérée dans l'enfance. L'examen clinique montre un signe de Lasègue à gauche à 55°, une colonne lombaire enraidie et douloureuse à la palpation. Il n'y a pas d'anomalie à l'examen neurologique, pas de fièvre, pas d'altération de l'état général. Il vous apporte ses radiographies et son scanner qui explore L5S1 et L4L5 (clichés ci-dessous).





QUESTION 1/7

Quel diagnostic proposez-vous ? Certains examens complémentaires sont-ils indispensables ? Si oui, lequel (justifiez) ? Le scanner lombaire était-il justifié ?

Réponse attendue :

Lombosciatique L5 gauche non déficitaire d'origine discale.

Je prescris :

- radiographies du rachis lombaire face et profil indiquées après quinze jours d'évolution pour apprécier la statique, le pincement discal, éliminer une fracture vertébrale ou une tumeur visible en radiographie ;
 - créatininémie dans le bilan pré-anti-inflammatoire, d'autant qu'il a un antécédent rénal.
- Le scanner n'est pas justifié car le tableau clinique est typiquement discal non compliqué et l'atteinte est récente (moins d'un mois).

QUESTION 2/7 :

Décrivez l'image scanographique. Est-elle compatible avec le tableau clinique ?

Réponse attendue :

Oui, il y a une hernie paramédiane (postéro-latérale) L4-L5 gauche au contact de la racine L5.

QUESTION 3/7 :

Quel traitement proposez-vous ? L'hospitalisez-vous ?

Réponse attendue :

- Repos relatif selon la douleur.
- Une hospitalisation n'est pas justifiée.
- Anti-inflammatoire non stéroïdien *per os* en l'absence de contre-indication.
- Antalgique de palier I en première intention.
- Il n'y a pas d'indication à prescrire un protecteur gastrique en première intention sans antécédent ulcéreux et à son âge.

QUESTION 4/7 : Quelques jours plus tard, le patient revient consulter. Les douleurs vont un peu mieux, sans plus. Par ailleurs, sont apparues des épigastralgies, et il a noté depuis 48 heures des selles noires. Que suspectez-vous et que faites-vous ?

Réponse attendue :

Gastrite ou ulcère responsable d'un méléna :

- Arrêt des anti-inflammatoires.
- Traitement par inhibiteur de la pompe à proton.
- Fibroscopie gastrique.
- Numération-formule sanguine-plaquettes.

QUESTION 5/7 :

Le problème digestif finit par se résoudre. En revanche, la douleur lombaire et du membre inférieur gauche persiste. Le patient est revu deux semaines après la première consultation. Il est toujours gêné. La douleur ne s'est pas modifiée. Une indication chirurgicale est-elle envisageable ?

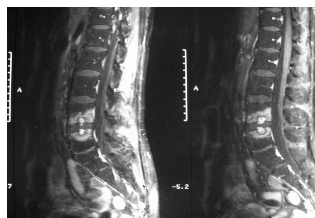
Réponse attendue :

En termes de tableau clinique, il n'y a pas de problème de décision si on conclut à deux mois à l'échec du traitement médical. Une indication chirurgicale est envisageable après six semaines d'évolution mais la décision finale appartient au patient après qu'on lui a expliqué les bénéfices (guérison plus rapide) et les risques (essentiellement infection, échec, difficulté en cas de nécessité de réintervention).

QUESTION 6/7 :

Quelques jours plus tard, malgré un traitement médical bien conduit, le patient bénéficie finalement d'une discectomie L4-L5 chirurgicale en urgence du fait d'un déficit avec un syndrome de la queue de cheval. Il est dans un premier temps amélioré, avec notamment régression de la radiculalgie. Cependant, deux semaines après la chirurgie, il présente une réaggravation de ses lombalgies. Ces dernières sont permanentes, insomniantes, non irradiées. Il existe une fièvre à 38-38,5 °C.

La vitesse de sédimentation est de 45 mm à la première heure et la protéine C réactive à 120 mg/l. Une IRM est réalisée (T1 + gadolinium) (cliché ci-dessous).



Que concluez-vous ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une spondylodiscite car :

- geste chirurgical (porte d'entrée) ;
- fièvre ;

- syndrome inflammatoire ;
- hypersignal des corps vertébraux en miroir avec hypersignal discal.

QUESTION 7/7 :

Quelle est votre conduite à tenir paraclinique et thérapeutique ?

Réponse attendue :

- Repos au lit.
- Hémocultures, ECBU.
- Ponction discale radiologiquement guidée si hémocultures négatives.
- Double antibiothérapie après les prélèvements.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°7

Scénario :

Madame G., soixante-quatre ans, ouvrière, vient vous consulter pour une lombalgie irradiant dans la fesse gauche et, parfois, le long de la cuisse sur sa face postérieure jusqu'au tendon d'Achille. Son principal antécédent est un asthme qui justifie parfois la prise de cortisone. Elle a un syndrome de Raynaud depuis sa ménopause, survenue il y a quinze ans. Elle signale par ailleurs qu'elle a eu une tendinite d'Achille gauche il y a deux ans. La douleur actuelle est apparue il y a huit jours, immédiatement après un effort de soulèvement au cours du travail. Il s'agit d'une douleur lombaire basse, irradiant à la face postérieure de la cuisse et du mollet gauche, et à la plante du pied. Elle est aggravée par les efforts, soulagée par le repos, impulsive à la toux. Elle semble stable depuis le début. L'examen clinique montre un signe de Lasègue lombaire à gauche à 45°, une colonne lombaire enraidie et douloureuse à la palpation.

QUESTION 1/5 :

Quelles données d'interrogatoire et d'examen clinique vous semblent indispensables à recueillir pour avancer dans cette observation ?

Réponse attendue :

- Antécédents (lombalgie aiguë ou lombosciatique) et signes discaux (attitude antalgique, syndrome rachidien dissocié ou non).
- Antécédents infectieux (notamment fièvre, frissons, sueurs nocturnes, porte d'entrée) pour éliminer une spondylodiscite.
- Antécédents de pathologie osseuse (fracture) ou facteurs de risque.
- Antécédent néoplasique ou signes d'examen en faveur d'une néoplasie actuelle (perte de poids, anorexie, asthénie...).
- Déficit neurologique : sphincter, moteur (talon, pointe) et sensitif.
- Perte de taille (pour tassement).
- Pour un autre diagnostic moins vraisemblable : signes de spondylarthropathie (sacro-iliaque, psoriasis, diarrhée, uvéite...).

QUESTION 2/5 :

Quels diagnostics envisagez-vous, du plus probable au moins probable ? Donnez les arguments pour et contre chacun d'entre eux.

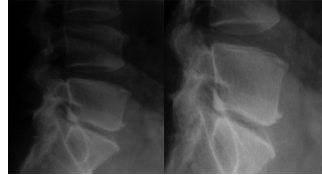
- Réponse attendue :*
- Lombosciatique commune : c'est le plus vraisemblable (sous réserve des données ci-dessus) car histoire mécanique et signes discaux (impulsivité, Lasègue).
 - Fracture ostéoporotique (ou non) : peu probable mais il existe une notion de terrain (âge,

ménopause, corticoïdes).

- Spondylarthropathie : très peu vraisemblable (horaire mécanique des lombalgies).

QUESTION 3/5 :

Vous faites des radiographies (clichés ci-dessous). Quel diagnostic vous paraît maintenant le plus vraisemblable ?



Réponse attendue :

Il s'agit de radiographies du bassin et du rachis lombaire. Il n'y a pas de fracture vertébrale, pas de sacro-iliite, pas d'ostéolyse. Il existe en revanche une discopathie L5-S1 avec une discarthrose.

QUESTION 4/5 :

Si votre quête à la recherche d'autres signes est restée négative, pensez-vous que des examens complémentaires sont nécessaires ? Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? Si oui, lequel ? Justifiez.

Réponse attendue :

Radiographie éventuelle (âge) et sous réserve des données relevées en question A. Pas de scanner ou d'IRM (sous réserve de l'examen de la question A) ; idem pour la biologie.

QUESTION 5/5 :

Six mois plus tard, le tableau persiste et une aggravation est perceptible depuis quatre mois. Une IRM est réalisée (clichés ci-dessous ; coupe axiale en L5-S1).





Quelle interprétation faites-vous de l'IRM ? Quel traitement proposez-vous ?

Réponse attendue :

Hernie discale postéro-latérale (ou paramédiane) L5-S1 (sous réserve d'une éventuelle anomalie transitionnelle à vérifier en radiographie) gauche avec conflit disco-radiculaire compatible avec la clinique. Un geste chirurgical peut raisonnablement être envisagé.