

## Quoi de neuf dans le canal lombaire étroit?

Prof. S. Genevay

Bien que la notion de canal lombaire étroit soit largement utilisée, c'est la claudication neurogène liée à un canal lombaire rétréci, qui intéresse le clinicien.

Exemple clinique: patient de 78 ans qui se présente avec des douleurs lombaires irradiant dans les deux membres inférieurs jusqu'aux chevilles, d'aggravation progressive depuis quelques mois, qui l'empêche de faire ses randonnées habituelles.

La prévalence augmente avec le vieillissement de la population et 30 % des cas sont symptomatiques vers les 70-80 ans.

Les diagnostics différentiels comprennent:

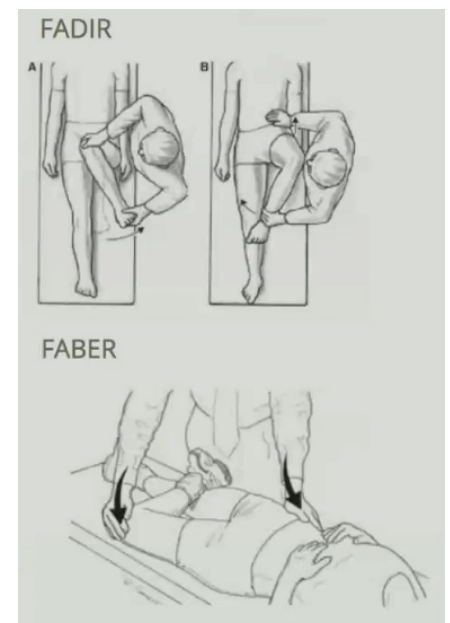
- La coxarthrose bilatérale: fréquent, similaire en présentation
- Lombosciatalgie commune: douleurs dans le dos et les jambes ET répond très mal à la chirurgie contrairement à la claudication neurogène.
- Déséquilibre sagittal antérieur: perte de lordose qui pousse à se pencher en avant.
- La claudication vasculaire

Pour l'arthrose des hanches, l'examen clinique permet de différencier: tester la reproduction de la douleur la manipulation →

La démarche diagnostique doit passer les troubles spécifiques (infection, trauma..) > neurologiques > communs.

Les critères ci-dessous permettent de classer la douleur comme étant neurogène. Claudication neurogène sur CLE si  $\geq 11$

Age > 60 ans	4
Douleur dans les 2 jambes	3
Douleurs des jambes disparaît en position assise	3
Douleurs des jambes diminuée en se penchant ou en prenant appuis (caddie)	3
Test d'extension de 30 secondes (douleurs reproduites)	4
Lasègue négatif	2



Les critères sont pratiques et clairs pour poser un diagnostic, néanmoins ils sont peu sensibles (80%), et si le clinicien s'y limite, il passera à côté de certains cas.

Autrement, il est possible d'utiliser des [likelihood ratio](#), à l'anamnèse comme à l'examen clinique... Il faut les multiplier entre eux... (page suivante)

Avec une prévalence de 5%:

- Si LR = 200 → proba de 90%
- Si LR = 2000 → proba de 99%

	LR +	LR -		LR +	LR -
<b>Rachis</b>			<b>Age &gt; 48 ans</b>	1.7	0.25
Récupération lente «testée»	2.6	0.3	<b>Localisation douleur</b>		
Augmentation en flexion	0.5	1.3	Bilatéral	2.3	0.98
Augmentation en extension	6.3	0.5	En dessous fesses	1.4	0.3
<b>Neurologique</b>			Jambes pire que dos	2.1	0.91
Romberg anormal	4.1	0.7	<b>Caractéristiques douleur</b>		
Déficit vibration	2.8	0.6	Mis limite rapidement le périmètre de marche	1.2	0.7
Déficit au toucher-piquer	2.5	0.6	Marche mieux en flexion	1.4	0.7
Faiblesse musculaire	2.1	0.7	Aucune douleur assis	7.2	0.6
Lasègue positif	0.5	1.3	Amélioré assis	3.3	0.6
			Pas de douleur en flexion	1.4	0.5
			Engourdissement Mis	1.3	0.8
			Engourdissement périanal	3.7	0.9
			Doit s'aider pour se relever d'une chaise	1.4	0.8

Récupération lente (10-15min) fait la différence avec la cause vasculaire.

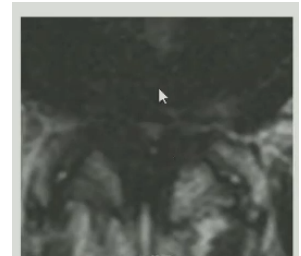
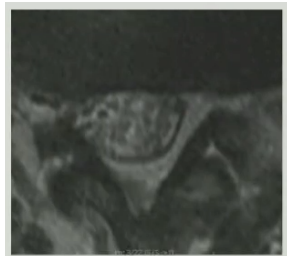
L'instabilité est fréquente, comme les troubles de proprioception.

### Corrélation radio-clinique

Le myélo-CT est très rarement utilisé: l'image est souvent analysée en fonction de la surface du sac dural, et celui-ci peut être petit sans être rétréci pour autant...

La classification de Lausanne (schizas) est plus utilisée:

- Le LCR est visible partout, les racines sont identifiables.
- Racine encore individualisable, mais pas de LCR visible
- Les racines sont compactes dans le fourreau, mais la graisse est encore visible
- La graisse épidurale n'est plus visible



La chirurgie est la plus efficace en grade C et D.

### Physiopathologie

La clinique annonce un trouble vasculaire et neurologique, avec une dégradation des vasa nervorum qui vascularisent la queue de cheval.

Au niveau mécanique, la compression bloque le passage du LCR en extension, ce qui explique l'amélioration des symptômes en flexion.

Au niveau biologique, il ne semble pas s'agir d'inflammation, néanmoins, la compression mécanique n'est pas suffisante pour expliquer le phénomène, puisque certains patients présentent une forte compression sans symptômes et les corticostéroïdes sont inefficaces.

## Traitement

Le déficit neurologique moteur sévère ou progressif demande une évaluation chirurgicale en urgence. Les recommandations d'experts s'éloignent de l'intuition initiale:

Lorsque l'**handicap fonctionnel est peu sévère**, insister sur l'auto-gestion:

- Conseils: alimentation, perte pondérale, arrêt du tabac
- Adresser les croyances nocebo: évolution naturelle inéluctable, s'améliore avec l'activité physique car ce n'est pas une question d'usure → pour aider la circulation, l'hydratation des nerfs, il faut bouger; l'activité physique a un effet anti-inflammatoire.
- Posture et exercices en délordose: plus on a tendance à se tenir droit (ce qui est accepté socialement) plus le patient aura tendance à se pencher en avant. Cependant, cela lui permet d'augmenter son périmètre de marche.
- Signes d'alerte pour consulter: syndrome de la queue de cheval (exceptionnel)

En cas de **symptômes modérés à sévère**:

Jusqu'alors, aucun médicament n'est mentionné! Tous les experts sont d'accord pour dire que les médicaments antalgiques ne sont pas la pierre angulaire du traitement.

### Au 1er palier:

Massages et ventouses ne sont **pas** efficaces! Il faut une physiothérapie active et structurée: renforcement des membres inférieurs, stabilisation, proprioception, délordose...

Rechercher des physio qui connaissent la prise en charge psychologique: motiver le patient, dé-dramatiser, combattre sa peur du mouvement...éducation ciblée sur les besoins et croyances du patient.

La thérapie manuelle et l'aide à la marche sont en option.

### Au 2ème palier:

- approche combinée: physiothérapie active, médecine manuelle, éducation thérapeutique à la douleur, psychothérapie: TCC, acceptance-commitment therapy (pas de psychiatre pratiquant l'ACT sur Genève connu de l'orateur).
- Médicaments
- Infiltrations: Xylocaine épidurale seule (cortisone inefficace!); manier avec précaution.

Pour les médicaments, il n'y a aucune étude dédiée à l'antalgie classique (paracétamol, AINS, la plupart des dérivés morphiniques...tout comme la duloxétine et la prégabaline).

Une seule étude pour chaque, qui restent non recommandés: Calcitonine, prednisone, oxymorphone + paracétamol.

La gabapentine a bénéficié de deux études de qualité honnête, recommandent en ajout aux AINS et à la physiothérapie. Peut être discuté, à action lente, atteindre 600-900 mg/j en un à deux mois.

### Au 3ème palier:

C'est seulement à ce stade que l'imagerie est recommandée. L'objectif est de corrélérer la clinique et de peser la balance bénéfice-risque d'une intervention chirurgicale.

Le traitement minimalement invasif a peu d'études de qualité pour le soutenir, et celles-ci montrent un coût-bénéfice élevé comparé au traitement standard, avec de nombreuses ré-interventions.

Il est tout de même utile pour les patients qui ont une contre-indication à la laminectomie.

La chirurgie consiste en une décompression (laminectomie), à laquelle s'ajoute potentiellement une fusion du rachis en cas d'instabilité provoquée. C'est souvent un mélange des deux dans les populations étudiées.

...14% des patients montrent un résultat excellent, pour 50% le résultat est bon et 36% sont mauvais.

Il y a 10 à 24 % de complications et la fusion double ce risque. Les récives à 2-5 ans sont fréquentes.

Facteurs prédictifs de mauvaise évolution après chirurgie:

- Déficits neurologiques sévères... (moteur < sensibilité)
- D'autres facteurs de lombalgies
- Comorbidités
- Si la plainte principale est la lombalgie plus que la sciatalgie. La chirurgie traite surtout les douleurs dans les jambes.
- Pas de traitement conservateur bien conduit au préalable
- NB: La taille de la sténose ne prédit pas le résultat!

**EDISC** ([Eurospine Diploma in Interprofessional Spine Care](#)) est un cours en ligne, dirigé vers les acteurs de premier recours: médecins, physiothérapeutes, ostéopathes..., sur les traitements des troubles du dos.

7 modules peuvent être suivis individuellement: e-learning et sessions virtuelles en direct.



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)