

**Avertissement** : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 2.10.2012

Hôpital cantonal de Genève

**Canal lombaire étroit : diagnostic clinique ou imagerie ?**

Dr S. Genevay

Un homme de 76 ans, diabétique et hypertendu mais bien traité, signale des douleurs lombaires basses, irradiant dans les fesses et tendant à descendre dans les cuisses lorsqu'il marche, rétrécissant ainsi de façon considérable son périmètre de marche.

Un traitement conservateur n'a pas beaucoup d'effets.

L'imagerie confirme un canal lombaire étroit (CLE) en L4-L5 et le patient est opéré d'une chirurgie de décompression.

Aucune amélioration !

Reprenons...

Le patient n'a pas vraiment mal à la marche, mais plutôt au moment où il se lève, dans les fesses.

A l'examen clinique, les 2 hanches sont limitées aux rotations interne et externe.

La RX du bassin confirme une coxarthrose bilatérale.

Le patient est opéré et il va très bien, merci...

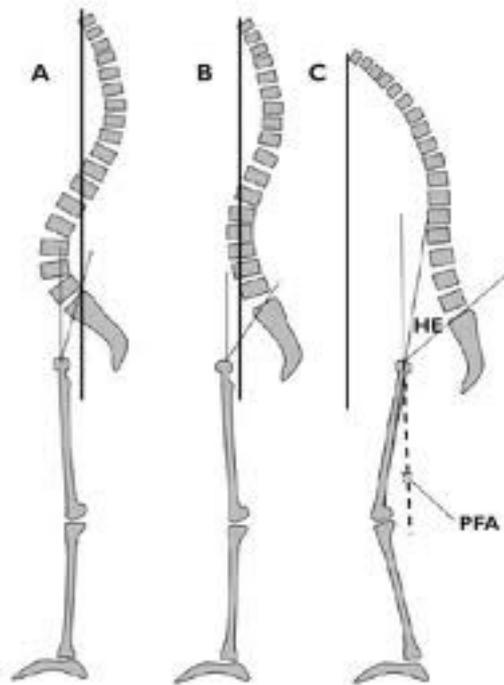
Moralité...

Le CLE n'est pas un diagnostic que l'on pose à l'imagerie, c'est un diagnostic clinique et en d'autres termes il faut chercher la «claudication neurogène».

Dans le diagnostic différentiel on pensera aussi, après la claudication neurogène...

- Aux lombosciatalgies d'origine diverses dont les discopathies mais aussi souvent (20-30%) une origine nociceptive provenant des facettes articulaires postérieures (qui méritent d'être infiltrées pour voir...).
- Au déséquilibre sagittal (on y reviendra plus tard).
- A la coxarthrose, uni ou bilatérale avec une douleur de la face antérieure mais aussi postérieure, même latérale de la cuisse.
- A une périarthrite de la hanche
- A une claudication vasculaire.

Pour ce qui est du déséquilibre sagittal cité plus haut, j'ai pas tout compris, mais en gros il s'agit de l'angle entre la tête du fémur le plateau de S1, et une ligne verticale.



Tout ce que j'ai compris c'est qu'il y a des situations où l'équilibre ne tient plus, à moins de fléchir les genoux, de contracter les dorsaux, les psoas et les ischiojambiers, que ça peut faire mal, et qu'il ne faut surtout pas tenter une chirurgie de décompression qui aurait plutôt tendance à déséquilibrer le tout et d'aggraver les symptômes.

Pour ce qui est de la claudication neurogène...

C'est après 65 ans que les douleurs sont bilatérales, plutôt sous les fesses, soulagées par la position assise et par la flexion antérieure (vélo). Il peut y avoir des problèmes mictionnels, il peut y avoir aussi un engourdissement du périnée ou des voûtes plantaires. Si la douleur est accentuée en flexion antérieure ça parle tout à fait contre un CLE et classiquement les douleurs sont aggravées par la marche et le périmètre (de marche) est réduit.

Il peut aussi y avoir une aréflexie achilléenne, un déficit sensitif (toucher/piquer/vibration), une faiblesse musculaire, et une instabilité au Romberg.

La découverte d'un CLE à l'imagerie peut être totalement asymptomatique, ou au contraire associée à une lombalgie, à des lombosciatalgies aspécifiques, à une claudication intermittente neurogène, à un syndrome radiculaire lors de sténose foraminale ou à un syndrome de la queue de cheval.

On nous montre justement une IRM de la «queue de cheval» afin de nous illustrer la classification pronostique...

A : le LCR est visible partout autour des racines

B : les racines sont encore individualisables mais le LCR n'apparaît plus

C : Les racines sont comprimées en une masse compacte mais on voit encore la graisse épидurale

D : on ne voit plus la graisse

D'habitude les C et D doivent être opérés...

La physiopathologie propose un problème neurologique vasculaire avec compression des «vasa nervorum»; un problème mécanique avec amélioration en flexion avant car délordose et ouverture des foramens intervertébraux; un problème inflammatoire parfois, mais pas toujours (infiltration corticoïde parfois sans effet).

Le traitement conservateur comprend les antalgiques selon les paliers de l'OMS.

En théorie pour les douleurs neurogènes la gabapentine et la pregabaline sont indiqués, mais il y a peu d'études randomisées contrôlées (ERC), il faut monter assez haut avec les doses (900mg/j de gabapentine) et c'est souvent mal toléré. Idem pour les antidépresseurs. Une étude sur l'efficacité de la vit. B12... et 2 études avec un vasodilatateur (PGE1) au Japon.

Pour ce qui est de la physio 1 ERC a montré que faire des exercices c'est mieux que de ne rien faire du tout, une autre a montré que d'être en stationnaire pour la physio c'est mieux que d'être en ambulatoire, et une 3è a montré que la médecine manuelle + des exercices + courir sur un tapis roulant c'est mieux que de ne faire que des exercices de flexion...

En pratique il faut faire de la physio active, du renforcement musculaire et du travail postural dans le sens d'une «délordose».

Pour les infiltrations d'anesthésique ou de corticoïdes, il y a 3 voies d'abord....

-la voie caudale plus ou moins par le coccyx : l'ajout de stéroïdes à la bupivacaïne ne semble pas avoir changé grand chose dans une étude.

-la voie interlaminaire : à faire sous contrôle scopie ou CT

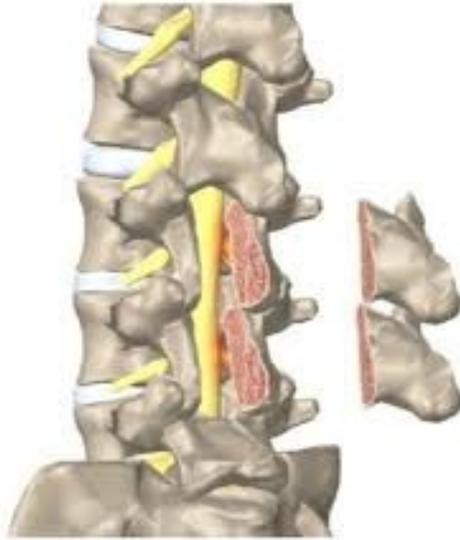
-la voie transforaminale : de très rares cas de paraplégie sont décrits.

Ça marche ou ça ne marche pas...

Finalement après 3-6 mois de traitement conservateur et en présence d'un fort handicap fonctionnel, on passe à la chirurgie .

Il existe depuis peu une approche minimalement invasive avec insertion (presque en anesthésie locale d'une petite pièce ouvrant l'espace entre 2 articulaires si j'ai bien vu ???) ( [http://www.youtube.com/watch?v=z0w\\_s8GdW\\_U](http://www.youtube.com/watch?v=z0w_s8GdW_U) )

Sinon c'est la laminectomie sur un ou plusieurs niveaux...



ça marche et quand les douleurs sont ressenties dans les jambes, probablement un peu moins quand il n'y a qu'un mal de dos....

Donc pour conclure on retiendra que le CLE est un diagnostic avant tout clinique, qu'il n'est pas toujours classique et caricatural, que son évolution spontanée comporte des hauts et des bas et qu'un traitement conservateur multimodal mérite d'être entrepris, et que dans une population bien sélectionnée le traitement chirurgical est supérieur au traitement conservateur (60-70% de succès).



(aucun rapport avec le sujet, mais c'est joli...)

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)