

TD N° 6 : Rachialgies communes, troubles statiques

Dates :

Cas cliniques du Professeur P. KEHR

La dorsalgie des adolescents ou Maladie de SCHEUERMANN

Points forts :

Fréquence chez les adolescents - affection apparemment bénigne – morbidité importante à l'âge adulte

Gilles, un adolescent de 15 ans est amené en consultation par sa mère, celle-ci tient en main une lettre du médecin scolaire qui a détecté une « déformation vertébrale » lors de son examen systématique. Gilles a suivi sa mère en maugréant, car il ne se plaint de rien. C'est un ado grand, qui se tient effectivement voûté. Il mesure 1m80, pèse 64 kg, n'aime pas trop le sport scolaire ; il préfère le foot avec les copains. Il signale bien quelques petites douleurs dorsales intermittentes, mais il faut lui tirer les vers du nez pour l'apprendre.

A l'examen, l'on constate une nette hyper cyphose dorsale à 60° au cyphomètre. Lorsque l'on demande à Gilles de se tenir appuyé contre le chambranle d'une porte, la flèche en Th1 est de 8 cm et la flèche lombaire de 7 cm. Lorsque l'on demande à Gilles de se pencher en avant, de mettre les mains derrière le nuque et de se faire ensuite une extension du rachis cervical, tout en gardant le tronc fléchi, la courbure cyphotique dorsale, mesurée au cyphomètre, passe de 60° à 30°.

1) Parmi les données suivante, deux seulement sont exactes, lesquelles ?

- A – La flèche cervicale normale est comprise entre 3 cm et 5 cm
- B – La flèche lombaire normale est de 10 cm
- C – La cyphose dorsale normale est comprise entre 25° et 50°
- D – La lordose lombaire normale est comprise entre 0 cm et 2 cm
- E – Le sujet normal présente 2 courbures rachidiennes

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

Le cliché de téléradiographie de face montre une minime scoliose du segment thoracique de 8°, entre Th 6 et Th 10. La téléradiographie de profil en position standardisée, bras en avant, montre une courbure cyphotique entre Th 4 et Th 12 de 65°. Les plateaux vertébraux entre Th 6 et Th 10 ont un aspect irrégulier. Le cliché de profil du rachis thoracique que l'on a demandé par ailleurs, confirme un aspect « feuilleté » de ces plateaux vertébraux, un aspect condensé du listel marginal et une légère déformation cunéiforme des corps vertébraux de Th 6, Th 7 et Th 8.

Devant l'absence de tout antécédent pathologique, le diagnostic de maladie de Scheuermann est posé ici sans difficulté et un traitement orthopédique et rééducatif est mis en route, avec un bon pronostic.

2) Parmi les diagnostics différentiels suivants de la maladie de Scheuermann, trois peuvent être discutés devant une hypercyphose dorsale, lesquels ?

- A – mal de Pott
- B – spondylolisthésis
- C – anomalie transitionnelle
- D – syndrome trophostatique de la post-ménopause
- E – tassement corporel post-traumatique

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

3) Parmi les traitements suivants de la maladie de Scheuermann au stade floride, deux seulement sont indiqués, lesquels ?

- A – tonification des muscles paravertébraux
- B – ablation de la hernie intraspongieuse
- C – orthèses
- D – redressement chirurgical
- E – corporectomie

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

Les cervicalgies chirurgicales

Points forts :

Affection banale souvent bien tolérée – déclenchement souvent post-traumatique – chirurgicale si radiculalgie rebelle ou souffrance médullaire – importance de l'imagerie médicale pour le diagnostic précis et pour l'indication chirurgicale éventuelle

Monsieur Y., 55 ans, VRP, consulte pour des cervicalgies chroniques évoluant depuis deux ans et compliquées depuis environ trois mois de douleurs irradiant dans le membre supérieur gauche. Dans ses antécédents, on note un whip-lash injury (traumatisme cervical de type « coup du lapin ») deux ans auparavant. A l'époque, il avait présenté des cervicalgies assez fortes. Le contrôle radiologique avait mis en évidence une discopathie C5-C6 sans signes de lésions traumatiques récentes. On avait parlé de contusion cervicale et un collier mousse avait été prescrit et porté pendant quinze jours environ. Il avait interrompu son travail pendant ces quinze jours puis avait repris sa profession de VRP comportant de fréquents déplacements en voiture.

4) Parmi les définitions suivantes du « whip-lash injury » ou « coup du lapin » (en français), trois seulement sont exactes, lesquelles ?

- :
- A – Tout traumatisme cervical survenant en voiture
 - B – Succession d'hyperextension et d'hyperflexion du rachis cervical
 - C – Survient surtout lors d'un choc arrière sur le véhicule
 - D – Est très rare en circulation automobile urbaine
 - E – Est atténué par la combinaison ceinture de sécurité et appui-tête

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

Depuis trois mois, existe une recrudescence des nualgies accompagnées maintenant d'une irradiation dans la bras gauche à sa face externe, l'avant-bras gauche au bord radial et la main gauche allant jusqu'au pouce et index. Cette douleur a pu être calmée par les AINS et les antalgiques, mais Monsieur Y. ne les supporte plus, a dû arrêter son travail depuis six semaines et est adressé par son médecin traitant pour avis chirurgical éventuel.

Son médecin traitant lui a fait faire, en effet, un scanner cervical qui montre une compression d'une racine nerveuse gauche par une saillie ostéophytique rétrécissant un trou de conjugaison et se demande si un traitement chirurgical est indiqué.

5) Parmi les signes cliniques suivants, un seulement correspond à une radiculalgie C7, lequel ?

- :
- A – Irradiation au bord radial de l'avant-bras
 - B – Irradiation dans le médius
- :
- C – Perte de la force de flexion des doigts
 - D – Dyspnée
 - E – Hypoesthésie de la pulpe du pouce

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

L'interrogatoire de Monsieur Y. nous apprend que la douleur cervico-brachiale est augmentée par les mouvements de rotation et d'extension du cou, qu'il existe une diminution de la force

de la main gauche, avec parfois lâchages d'objets (Monsieur Y. est gaucher). L'examen confirme l'existence de cette cervico-brachialgie C6 gauche avec diminution du réflexe stylo-radial, perte de la force de serrage de la main gauche ; sensibilité douloureuse à la pression du tubercule carotidien gauche (tubercule antérieur de l'apophyse transverse de C6) et limitation douloureuse de l'extension du cou (distance menton-sternum maximale à seulement 12 cm) et de la rotation du cou vers la gauche (30° seulement d'amplitude).

6) Pour vous, la mobilité normale du rachis cervical comporte :

- A – Un contact entre menton et sternum lors de l'antéflexion
- B – Une distance maximale menton sternum lors de l'extension autour de 20 cm
- C – Un angle de rotation latérale de 20°
- D – Une inclinaison latérale d'au moins 30°
- E – Un contact entre occiput et épines dorsales lors de l'extension

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

On demande un électromyogramme pour préciser l'importance de la souffrance radiculaire et, en attendant le résultat de cette investigation, on prescrit une minime immobilisation cervicale à quatre points d'appui afin d'immobiliser correctement le rachis cervical inférieur.

On pose une indication chirurgicale avec pour diagnostic celui de sténose du trou de conjugaison C5-C6 gauche par une ostéophytose développée après traumatisme sur une discopathie pré-existante. On propose de réaliser une ostéophylectomie transdiscale pour enlever cet ostéophyte par l'avant. On devra alors réaliser une arthrodèse – ostéosynthèse de ce niveau ; on pourra également proposer, depuis peu, la mise en place d'une prothèse discale pour maintenir une mobilité et préserver l'avenir des disques adjacents. Le choix entre ces deux méthodes sera discuté avec le patient.

7) Parmi les interventions chirurgicales suivantes trois seulement sont utilisables en cas de sténose du canal vertébral cervical, lesquelles ?

- A – la transversectomie
- B – l'ostéophylectomie transdiscale
- C – la radicotomie
- D – la laminectomie open door
- E – la corpectomie

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

8) Parmi les signes cliniques suivants trois seulement sont liés à une radiculgie C6 ; lesquels ?

- A – douleur allant du cou au pouce
- B – modification du réflexe tricipital
- C – hypoesthésie de la pulpe du médus
- D – douleur à la face externe du bras
- E – perte de force de la pince pouce-index

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

Les lombalgies chirurgicales

Points forts :

La grande fréquence des lombalgies NON chirurgicales – savoir reconnaître le syndrome du canal lombaire étroit – caractère dynamique de la symptomatologie – importance de l'imagerie pour le diagnostic et pour l'étendue et le type de l'acte chirurgical – importance des différents test thérapeutiques

Monsieur X., âgé de 65 ans vient consulter pour des lombalgies basses quotidiennes, évoluant depuis environ deux ans, mais entraînant depuis quelques mois des troubles de la marche. Monsieur X., qui est retraité depuis quelques mois, aime faire des randonnées dans la montagne et se réjouissait d'être en retraite pour effectuer des randonnées plus fréquentes et plus longues. Or, depuis quelques mois, apparaissent des douleurs des deux membres inférieurs, de type crurale et sciatique, dès qu'il marche plus de 200 mètres, l'obligeant à s'arrêter et même, si possible à s'asseoir. Au début, cela ne survenait qu'après une heure de marche, mais actuellement, dix à quinze minutes de marche suffisent ! En même temps que les douleurs, existe une sensation de jambes lourdes et de perte de force. Cet état attriste Monsieur X. qui sinon est très dynamique, ne souffre d'aucune autre pathologie.

A l'examen, lorsque l'on fait marcher Monsieur X. l'on constate une attitude penchée en avant qui s'installe après quelques pas. Il a lui-même remarqué cette attitude. En l'interrogeant, il signale que la position « fœtale » le soulage et qu'il la recherche souvent, tant en position assise que durant le repos nocturne.

A l'examen, diminution de la mobilité de la charnière lombo-sacrée avec une distance doigts-sol à 50 cm et un indice de SCHÖBER à 9/10/11. Examen neurologique des membres inférieurs est normal, on ne retrouve pas de signe de LASEGUE.

9) Parmi les signes ou syndromes cliniques suivants deux ne font pas partie du syndrome de canal lombaire étroit, lesquels ?

- A – la radiculalgie d'effort
- B – la claudication neurogène
- C – la colique néphrétique
- D – l'hypercyphose lombaire
- E – la tétraplégie

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée

Les radiographies de la colonne lombaire montrent une perte de la lordose lombaire qui n'est plus que de 20° entre L1 et le plateau sacré. Les disques L5-S1 et L4-L5 sont fortement pincés et il existe une importante arthrose apophysaire postérieure à ces deux niveaux. Le disque L3-L4 présente un antélisthésis de 6 mm et est pincé mais de façon moins importante que les disques sous-jacents. Les clichés dynamiques en flexion-extension montrent une aggravation de l'antélisthésis de L3 sur L4 qui passe alors à 10 mm et la persistance d'une cyphose lombaire à ce même niveau en position d'extension.

On fait le diagnostic de probable syndrome de canal lombaire étroit arthrosique. On demande un scanner lombaire de confirmation et, en attendant, on fait confectionner une orthèse lombaire en matériau thermoformable, que l'on conseille de porter tous les matins. On

prescrit des antalgiques, mais pas d'anti-inflammatoires car ils ont déjà été prescrits et ont été mal tolérés.

Lorsque l'on revoit Monsieur X. après quelques semaines, il se dit bien soulagé par le traitement, son périmètre de marche a augmenté, atteignant à nouveau plus de 2 km (une demi-heure de promenade), mais ceci seulement à condition de porter l'orthèse. Dès qu'il l'enlève, les après-midi, l'état antérieur se réinstalle.

Le scanner montre des zygarthroses étagées de L3-L4 à L5-S1 ; les trois disques sont dégénérés mais il n'existe pas de hernie discale. Les récessus radiculaires latéraux sont rétrécis aux trois niveaux. Une IRM est demandée qui montre une dégénérescence discale totale L5-S1 et L4-L5, alors qu'en L3-L4 existe un stade inflammatoire.

Devant le résultat probant du test d'immobilisation et le caractère invalidant de la symptomatologie chez un adulte retraité mais souhaitant rester actif, on propose un traitement chirurgical sous forme d'arthrolaminectomie partielle L5-S1, L4-L5 et L3-L4 avec comme but de libérer les racines nerveuses dans les récessus et en L3-L4, une arthrodèse-ostéosynthèse pour stabiliser l'antélisthésis responsable de la zygarthrose à ce niveau et corriger la cyphose lombaire.

10) Parmi les interventions chirurgicales suivantes, trois sont indiquées dans la syndrome du spondylolisthésis dégénératif, lesquelles ?

- : A – la corporectomie
B – l'arthrolaminectomie partielle
C – l'arthrodèse postéro-latérale
D – la nucléotomie
E – l'ostéosynthèse postérieure

Reportez votre réponse sur la grille ci-jointe, à la ligne numérotée