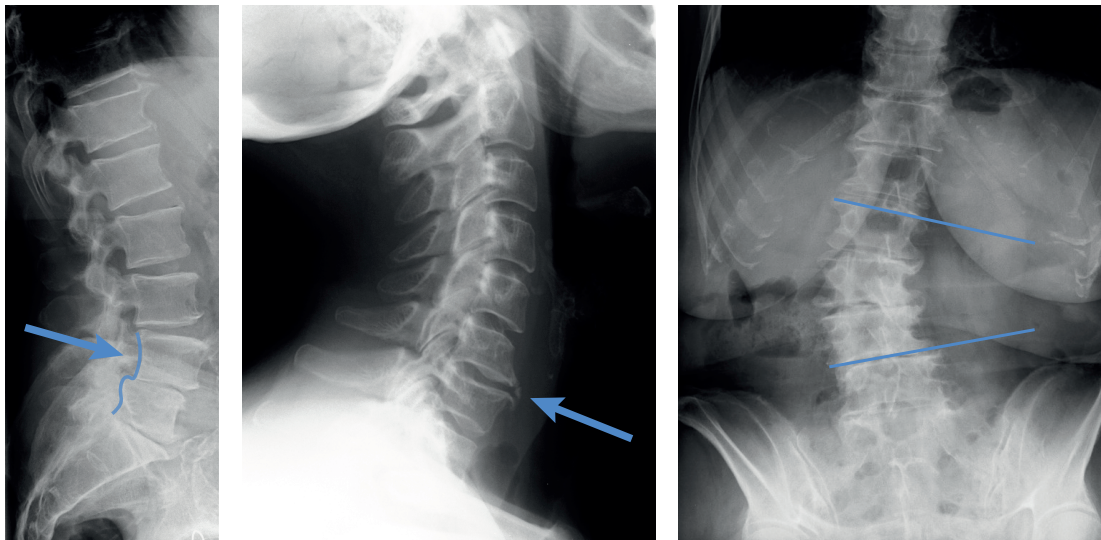


# CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE RACHIS DÉGÉNÉRATIF



**Fig. 1 - IMAGE CLÉ** - Exemples très classiques de pathologies dégénératives. À gauche, spondylolisthésis dégénératif en L4-L5. Au milieu, uncoupléarthrose C6-C7. À droite, scoliose dégénérative dont l'angle de Cobb est de 20° de L2 à L4.

XAVIER BANSE  
LUDOVIC KAMINSKI



Ce chapitre est réalisé par le **service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur des Cliniques universitaires Saint-Luc (Bruxelles)** à l'intention des étudiants du master complémentaire en chirurgie orthopédique de l'**UCLouvain**.

Merci de le citer sous la forme : [AUTEURS DE L'ARTICLE], [TITRE DE L'ARTICLE]. In *Orthopédie pratique - Le bon diagnostic pour le bon traitement - Pathologies rachidiennes*, UCLouvain, Bruxelles, 2022.

**UCLouvain**

© 2022 - UCLouvain - Faculté de médecine et médecine dentaire - 50, avenue Emmanuel Mounier - B - 1200 Bruxelles.



Cet article est diffusé sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Partage dans les mêmes conditions (CC BY-NC-SA)



### POINTS CLÉS

- 🔑 Par définition, une pathologie dégénérative est un phénomène naturel lié au vieillissement.
- 🔑 La majorité des pathologies rachidiennes est d'origine dégénérative et de relativement bon pronostic.
- 🔑 Les différents symptômes et syndromes cliniques dégénératifs doivent être connus. Leur association avec une lésion pathologique précise est subtile mais indispensable pour poser un diagnostic approprié et faire les bons choix thérapeutiques.
- 🔑 Certaines situations cliniques rares sont graves.

### DÉFINITION

La colonne vertébrale peut être affectée par un trouble de croissance (comme une scoliose idiopathique), par une pathologie tumorale (comme une métastase de cancer du sein) ou une pathologie septique (comme une spondylodiscite). La colonne peut aussi être le siège d'une lésion traumatique (comme une *burst* fracture de L1).

Néanmoins la toute grande majorité des pathologies de la colonne vertébrale est **dégénérative**. Cela signifie qu'il s'agit d'anomalies liées au vieillissement naturel ou prématuré des articulations de la colonne. La pathologie dégénérative de la colonne concerne essentiellement les disques (hernie discale, discarthrose), les facettes vertébrales (arthrose zygapophysaire) ou les articulations uncovertébrales (uncodiscarthrose cervicale).

Les hernies discales ne sont qu'un événement, un incident, dans le cycle de vieillissement du disque intervertébral. C'est donc une pathologie articulaire, comme la coxarthrose, mais la proximité de la moelle et des racines fait que sa présentation clinique va au-delà d'une douleur locale et d'un enraidissement. Il y a souvent des signes neurologiques. Nous verrons dans ce chapitre et dans les suivants quelles pathologies rentrent dans ce groupe et surtout comment elles peuvent se manifester.

### IMPACT SUR LA SOCIÉTÉ

Dans leur ensemble, les pathologies dégénératives de la colonne (ne fut-ce qu'en considérant les lombalgies) représentent un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale, en orthopédie, en médecine physique et en rhumatologie. Par ailleurs, leur incidence est très importante puisque 60 % des personnes vivent au moins un épisode de lombalgie dans leur vie mais la majorité de ces derniers se résolvent en 3 à 4 semaines. Seuls 3 à 7 % des patients évolueront vers la chronicité.

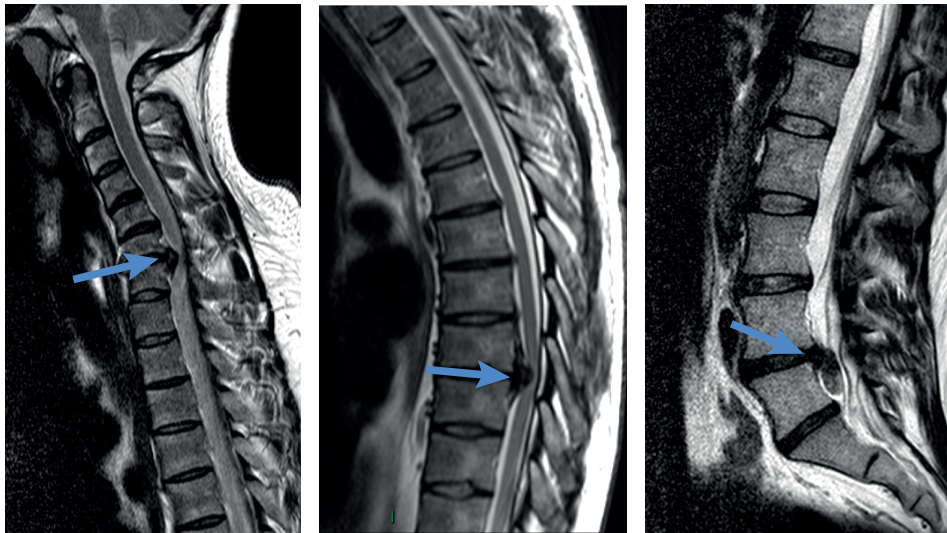
Dans une large étude récente, on a mesuré le nombre d'années de vie



perdues à cause d'une mort prématurée (*years of life lost*, **YLLs**). Les gens meurent à cause d'infarctus du myocarde, du cancer du poumon, d'AVC ou d'accident de la route. Mais qu'est-ce qui les rend invalides ? Le nombre d'années vécues avec une invalidité (*years lived with disability*, **YLDs**) est le plus élevé pour les problèmes lombaires (*low back pain*), suivi par la dépression, puis les autres affections musculosquelettiques, le mal de cou (*neck pain*) et les désordres liés à l'anxiété. Donc, on ne meurt pas du mal de dos. Mais on en souffre et c'est la pathologie qui a **le plus grand impact en terme d'années vécues avec une invalidité**.

## DOUBLE MÉPRISE

Les gens ont peur d'avoir « un problème de dos ». Ils ont raison et tort. Ils ont raison car ces pathologies sont, en moyenne, pénibles et invalidantes.



**Fig. 2** - Exemples où la pathologie dégénérative entraîne un conflit avec le contenu du canal médullaire. À gauche, une hernie cervicale molle entre en conflit avec la moelle cervicale. Au milieu, la très rare mais dangereuse hernie thoracique rentre lentement mais sévèrement en conflit avec la moelle thoracique. À droite, un grand classique : une hernie discale lombaire descendante L4-L5 entraînant un conflit avec la racine L5.

Il faudra néanmoins veiller à éviter deux écueils allant dans le sens de la dramatisation. D'abord, dans l'imaginaire de nos patients, on ne guérit pas de ce type de problèmes. Or c'est faux. Une hernie discale molle (comme celle de la **figure 2, droite**) peut se résorber complètement et donc guérir sans intervention. Ensuite, beaucoup de gens pensent que les pathologies de la colonne peuvent « paralyser ». Dans l'absolu, c'est vrai, mais dans la pratique, c'est exceptionnel. Bien-sûr, une compression médullaire peut survenir (comme sur la **figure 2, gauche et milieu**) mais il existe des symptômes et des signes cliniques qui permettent de motiver les bons examens, de poser les bons diagnostics puis d'intervenir efficacement et à temps.

## TERMINOLOGIE, L'ŒUF ET LA POULE

### LES SYMPTÔMES

Les symptômes caractérisent la façon dont les choses se présentent pour le patient, ce qu'il ressent. C'est la présentation clinique (**tableau 1**). La douleur sciatique ou des difficultés de marche sont des symptômes. Pour le patient, c'est cela qui compte le plus. Un bon médecin va accorder un maximum d'attention à l'écoute et à la caractérisation fidèle des symptômes et en particulier à la recherche de la plainte principale. Pour des raisons de commodités et avec la perspective de faire des liens avec la pathologie (voir ci-dessous), les médecins ont l'habitude de grouper les symptômes et certains signes cliniques dans des ensembles appelés « syndromes ». Il est indispensable de bien distinguer les symptômes et syndromes des lésions et anomalies anatomiques. Les symptômes et syndromes peuvent s'installer de façon aiguë (en quelques heures ou quelques jours) ou chronique (en quelques mois). Les trois grands groupes de symptômes sont les **douleurs**, la perte de **fonction**, et la **déformation**.

### LES PATHOLOGIES

Diverses lésions apparaissent dans le cadre de la pathologie dégénérative

▷ **Tableau 1** - Définition des différents symptômes dégénératifs.

NOM	DÉFINITION	AIGU	CHRONIQUE
<b>Cervicalgie aiguë ou torticolis (1)</b>	Douleur cervicale aiguë entraînant une limitation de la mobilité	++	
<b>Cervicalgie chronique (2)</b>	Douleur cervicale postérieure chronique associée ou non à une irradiation dans les trapèzes mais pas vers le membre supérieur		++
<b>Cervico-brachialgie (3)</b>	Radiculalgie sur les dermatomes du membre supérieur (le plus souvent C6, C7 ou C8), souvent associée à une douleur cervicale	++	++
<b>Déficit moteur au membre supérieur (4)</b>	Perte de force liée à une souffrance des racines cervicales (C5, C6, C7, C8 ou T1)	+	
<b>Myélopathie cervicale* (5)</b>	Lésion de la moelle cervicale due à une compression extrinsèque chronique avec une perte – même subtile – de la fonction motrice ou sensitive des membres supérieurs, inférieurs et une hyperréflexie (syndrome pyramidal)	+	++
<b>Myélopathie thoracique** (6)</b>	Lésion de la moelle thoracique avec une perte – même subtile – de la fonction motrice ou sensitive des membres inférieurs et une hyperréflexie (syndrome pyramidal)	+	+
<b>Lumbago (7)</b>	Douleur intense et par définition, aiguë de la région lombaire basse sans radiculalgie associée	+++	
<b>Lombalgie chronique (8)</b>	Douleur lombaire (continue ou presque continue) durant plus de trois mois		+++
<b>Lombo-cruralgie (9)</b>	Radiculalgie portant sur la face antérieure de la cuisse, le plus souvent sur les dermatomes L2, L3 ou L4, souvent associée à une douleur lombaire	++	+
<b>Lombo-sciatique ou sciatique (10)</b>	Radiculalgie portant sur la face postérieure de la cuisse et sur la jambe, le plus souvent sur les dermatomes L5 ou S1, souvent associée à une douleur lombaire	+++	++
<b>Déficit moteur au membre inférieur (11)</b>	Perte de force au dépend des racines L3 à S1	+	+
<b>Claudication neurogène (12)</b>	Limitation du périmètre de marche liée à l'apparition de douleur lombaires, fessières ou sciatiques obligeant le patient à s'asseoir ou à s'arrêter de marcher périodiquement		++
<b>Syndrome de la queue de cheval (13)</b>	Atteinte déficitaire du bas du corps liée à une compression des racines lombosacrées dans le canal médullaire et associant par définition une perte – même partielle – du contrôle sphinctérien	+	
<b>Trouble de la statique rachidienne (14)</b>	Posture penchée en avant ou sur le côté. Peut être fonctionnel et aigu ou structurel, le plus souvent lié à une déformation du rachis. Inclut les scolioses et les cyphoses.	+	++

 \* Concernant une atteinte aiguë et sévère de la moelle cervicale, on utilisera plutôt le terme de tétraparésie ou tétraplégie.

\*\* Pour une atteinte aiguë et sévère de la moelle thoracique, on utilisera plutôt le terme de paraparésie ou paraplégie.



▷ **Tableau 2** - Pathologies et fréquence de présentation clinique (dans l'ordre).

PATHOLOGIE ***	FRÉQUENCE DE PRÉSENTATION CLINIQUE (DANS L'ORDRE)		
	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT
Cervicarthrose et uncodiscarthrose	(2, 3)		
Hernie discale cervicale (molle)	(3)	(1)	(4, 5)
Canal cervical étroit	(5)	(2)	
Hernie discale thoracique	(6)		
Hernie discale lombaire (molle)	(7, 10)	(9, 14)	(13)
Canal lombaire étroit	(10, 12, 8, 9)	(14)	(13)
Discopathie lombaire	(8)	(7)	
Arthrose facettaire	(8)		
Kyste arthrosynovial intracanalair	(7, 10)		
Spondylolisthésis dégénératif	(10, 9, 12, 8)	(7)	(13)
Scoliose lombaire dégénérative	(8, 14)		

☐ \*\*\* Certaines pathologies sont entendues à l'exclusion des autres. Par exemple, l'arthrose facettaire s'entend à l'exclusion d'un spondylolisthésis dégénératif et la cervicarthrose/ uncodiscarthrose s'entend sans canal cervical étroit ou hernie discale. La scoliose dégénérative lombaire s'entend sans canal lombaire étroit, sans hernie discale lombaire mais est d'office associée à une discopathie lombaire ou à une arthrose facettaire.

qui surviennent sont parfois aggravées par des particularités anatomiques du patient, singulièrement par la taille de son canal médullaire.

Affirmer la relation de cause à effet entre un (ou des) symptôme(s) et une (ou des) lésion(s) est souvent compliqué. En effet, un même symptôme peut être lié à deux lésions distinctes. Par exemple, la douleur sciatique (symptôme) est parfois causée par un kyste arthrosynovial lombaire (pathologie), ou par une hernie discale (pathologie). L'autre grosse difficulté est liée à la prévalence de lésions dégénératives qui est très grande chez les patients adultes (sans parler des patients âgés, ou c'est presque la règle) et pour couronner le tout, beaucoup de ces lésions ou anomalies dégénératives sont strictement asymptomatiques. Enfin, pour compliquer le tout, certaines lésions sont spontanément résolutive. Donc, la démarche diagnostique est par essence difficile.

☐ **NB** : les présentations cliniques ici-dessous sont toutes liées à des pathologies purement dégénératives. Néanmoins, ces symptômes sont rarement pathognomoniques de telle ou telle pathologie dégénérative et peuvent très bien être causés par des pathologies tumorales (une métastase vertébrale est une cause commune de douleur rachidienne) ou infectieuses (la spondylodiscite lombaire donne d'affreuses lombalgies).

## PATHOLOGIES GRAVES OU BÉNIGNES

Les pathologies sont graves ou bénignes en fonction de la combinaison d'un certain statut clinique avec une pathologie ou une lésion précise (un diagnostic précis).

On peut diviser les symptômes en deux grands groupes : la douleur et l'atteinte neurologique. La douleur est un problème que le médecin doit traiter, mais on sera particulièrement attentif à l'atteinte neurologique. Il faut donc rechercher toute plainte ou signe clinique neurologique chez le patient avec des plaintes radiculaires ou rachidiennes (axiales).

rachidienne (tableau 2). Les lésions et anomalies qui constituent le bon diagnostic sont celles qui sont liées aux symptômes du patient. Les lésions

### URGENCES VRAIES

Quelques situations dégénératives très rares correspondent à des urgences neurologiques vraies :

- ✦ le syndrome de queue de cheval sur hernie discale massive,
- ✦ la hernie discale thoracique déficitaire,
- ✦ une tétraparésie sur hernie discale molle.

Pour les autres pathologies, c'est la sévérité du tableau et l'évolution qui va dicter l'attitude. Par exemple, avoir un canal lombaire étroit (même sévère) n'est pas grave. Le problème, c'est si le patient présente des radiculalgies sévères, un périmètre de marche de moins de 100 m ou un déficit radiculaire prononcé. Avoir une hernie discale (même très volumineuse) n'est pas un problème. Cela peut même être asymptomatique. Le problème, c'est l'intensité ou la persistance de la radiculalgie ou le déficit moteur ou sensitif associé.

### L'IMAGERIE MÉDICALE

Il est des situations où l'imagerie, et en particulier l'IRM de la colonne vertébrale, est souveraine. Si les plaintes du patient et son examen clinique laissent suspecter une compression sévère au niveau du canal médullaire, il faut demander une IRM sans délai. Si l'on veut comprendre d'où vient une radiculalgie ou un déficit radiculaire, il en va de même : bien que l'enjeu soit moins important, l'imagerie est tout aussi puissante et indispensable pour identifier la lésion et faire le bon diagnostic.

Mais la majorité des patients va présenter un tableau de cervicalgie ou de lombalgie, pour lequel il faut reconnaître que l'utilité d'une IRM est plus faible, sauf s'il existe des **red flags** (antécédents oncologiques, suspicion d'infection, etc.).

La persistance des symptômes, leur aggravation ou leur intensité pourra aussi motiver un examen IRM. Mais, dans ce cas, la prudence s'impose : l'imagerie mal interprétée pourra être contre-productive. En effet, force est de constater que de nombreuses anomalies discales sont observées chez des sujets asymptomatiques (même de 20 à 60 ans). La prévalence des anomalies est de 75 % en lombaire et de 80 % en cervical. Chez les patients jeunes, elles ne sont pas rares (20 à 30 %). Même si on exclut les anomalies de signal du disque (souvent protocolées « discopathies ») et qu'on se concentre sur les protrusions et les extrusions discales (souvent protocolées « hernies »), la prévalence chez les sujets asymptomatiques est de 35 %. Associer ces anomalies à une lombalgie, une cervicalgie ou une radiculalgie reste donc délicat. Poser un diagnostic nécessite par conséquent d'établir une corrélation entre les anomalies vues à l'imagerie et la clinique du patient, soigneusement interprétée par le clinicien. Avant de prescrire, il faut donc toujours évaluer en quoi l'examen complémentaire va modifier l'attitude thérapeutique. Rassurer et expliquer est un enjeu important mais après avoir obtenu l'examen, il faudra assumer.

### LA CHIRURGIE

La chirurgie ne constitue pas le traitement de base des pathologies rachidiennes dégénératives. Si on les considère dans leur ensemble, elle est même rare. Si l'on veut simplifier :

- ✦ la chirurgie n'est le traitement de choix ni des lombalgies ni des cervicalgies aiguës communes,
- ✦ en cas de chronicisation, elle n'est indiquée que lorsqu'un traitement conservateur a été correctement réalisé, mais qu'il est en échec. Cette situation est peu fréquente.

D'énormes variations dans le taux d'arthrodèse aux États-Unis montrent à quel point il y a eu et il y a aujourd'hui encore des indications inappropriées (*Weinstein, 2006*). Pour les radiculalgies, la situation est plus claire et les



preuves d'une certaine efficacité, meilleures. Il en est de même pour la myélopathie, la claudication ou le syndrome de queue de cheval. Quelle que soit la chirurgie faite, il faudra compter sur un taux moyen de complication de 10 % et un taux de réadmission dans l'année de l'ordre de 10 %.

## RÉFÉRENCES

1. Us Burden Of Disease Collaborators. « **The State Of Us Health, 1990-2010: Burden Of Diseases, Injuries, And Risk Factors.** » Jama. 14 Aout 2013.
2. Kim Sj, Lee Th, Lim Sm. « **Prevalence Of Disc Degeneration In Asymptomatic Korean Subjects. Part 1 : Lumbar Spine.** » In J Korean Neurosurg Soc. Jan 2013.
3. Weishaupt D, Zanetti M, Hodler J, Boos N. Mr « **Imaging Of The Lumbar Spine: Prevalence Of Intervertebral Disk Extrusion And Sequestration, Nerve Root Compression, End Plate Abnormalities, And Osteoarthritis Of The Facet Joints In Asymptomatic Volunteers.** » In Radiology. Dec 1998.
4. Phillips Fm, Slosar Pj, Youssef Ja, Andersson G, Papatheofanis F. « **Lumbar Spine Fusion For Chronic Low Back Pain Due To Degenerative Disc Disease: A Systematic Review.** » In Spine. 1 Avr 2013.
5. Weinstein Jn, Lurie Jd, Olson Pr, Bronner Kk, Fisher Es. « **United States' Trends And Regional Variations In Lumbar Spine Surgery: 1992-2003.** » In Spine. 1 Nov 2006.