

INFORMATIONS CLEFS

- Par définition, une pathologie dégénérative est un phénomène naturel lié au vieillissement.
- La majorité des pathologies rachidiennes sont dégénératives, mais de bon pronostic.
- Les différents syndromes cliniques dégénératifs doivent être connus.
- Leur association avec des pathologies précises est subtile mais indispensable pour faire les bons choix thérapeutiques.
- Certaines situations cliniques rares sont graves.
- Globalement, la place de l'imagerie médicale et celle de la chirurgie doivent être nuancées.

DÉFINITION

La colonne vertébrale peut être affectée par

- des **troubles de croissance** (comme une scoliose idiopathique),
- une **pathologie tumorale** (comme une métastase de cancer du sein),
- une **pathologie septique** (comme une spondylodiscite à staphylocoque).

La colonne peut aussi être le siège de pathologies traumatiques (comme une luxation facettaire C5-C6 ou une burst fracture de L1).

Néanmoins la toute grande majorité des pathologies de la colonne vertébrale sont dégénératives. Cela signifie qu'il s'agit d'un vieillissement naturel ou prématuré des articulations de la colonne. La pathologie dégénérative de la colonne concerne essentiellement

- les disques (discopathie, discarthrose),
- les facettes vertébrales (arthrose facettaire ou zygapophysaire) ou
- les articulations uncovertébrales (uncarthrose ou 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 le coxarthrose, mais la proximité de la moelle et des racines fait que sa présentation clinique va bien au-delà d'une douleur locale et d'un enraidissement.

On verra dans ce chapitre et dans les suivants quelles pathologies rentrent dans ce groupe et surtout comment elles peuvent se présenter.

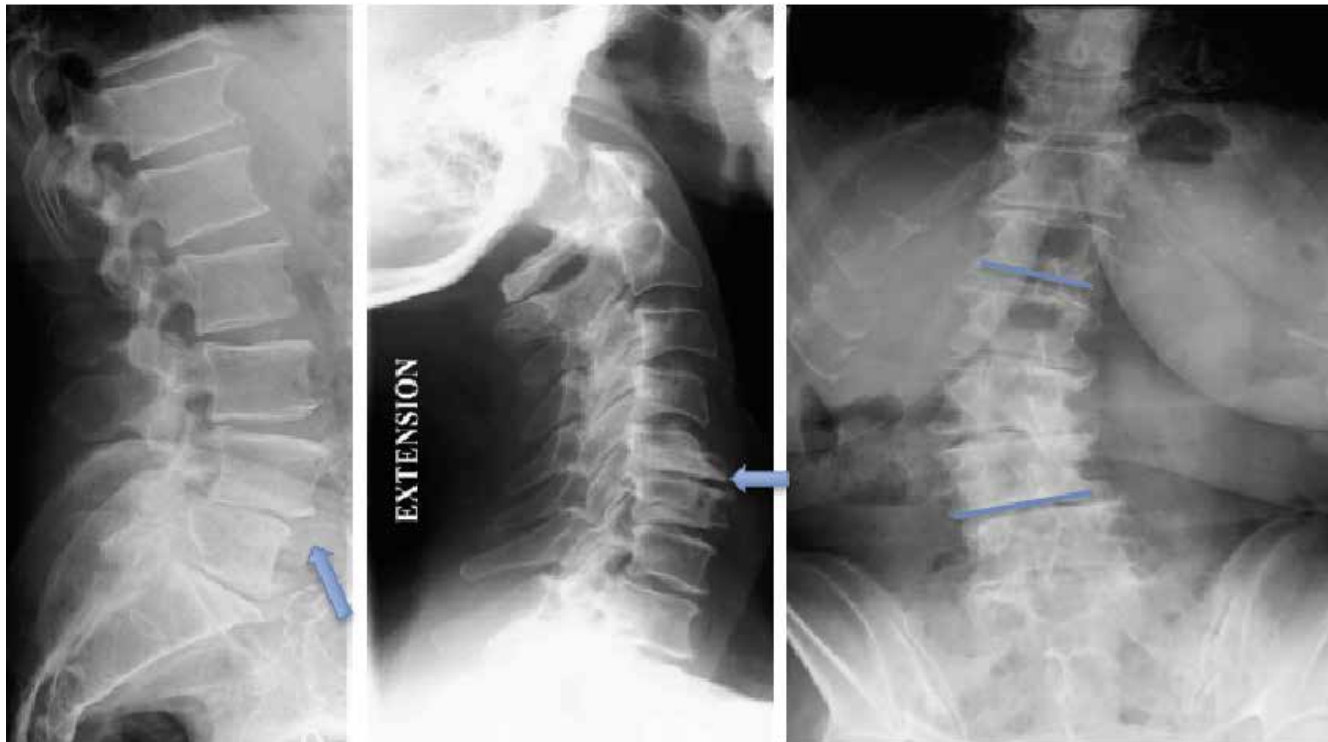


Figure 1

Exemples très classiques de pathologies dégénératives.

À gauche - Spondylolisthésis dégénératif en L4-L5.

Au milieu - Unco-discarthrose C5-C6.

À droite - Scoliose dégénérative dont l'angle de Cobb est de 20° de L1 à L5.

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 l'incidence est très importante puisque 60 % des personnes vivront au moins un épisode de lombalgie sur leur vie mais la majorité des épisodes 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' ou 'YLLs', référence 1). 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' ou '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 d'invalidité.**

Inutile de dire, qu'en termes de coûts indirects, c'est aussi très lourd. Les patients qui souffrent du dos arrêtent de travailler. Le mal de dos est la première cause d'arrêt de travail (en compétition avec la dépression).

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, invalidantes. Le médecin compétent veillera à éviter deux écueils allant dans le sens de la dramatisation.

D'abord, dans l'imaginaire des gens, 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. Première méprise.

Ensuite, beaucoup de gens pensent que les pathologies de la colonne peuvent paralyser. Dans l'absolu, c'est vrai. Dans la pratique, c'est exceptionnel. Deuxième méprise. Bien-sûr, une compression médullaire peut survenir (comme sur la figure 2, gauche et milieu) mais il existe des signes cliniques et des symptômes qui permettent de motiver les bons examens, de poser les bons diagnostics et d'intervenir efficacement et à temps.



Figure 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 très dangereuse hernie thoracique – ici calcifiée – 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.

TERMINOLOGIE

SYMPTÔMES ET SYNDROMES

Il est indispensable d'utiliser une terminologie correcte. Certains termes désignent une symptomatologie ou un syndrome. D'autres désignent une pathologie ou des lésions anatomiques. L'association entre les deux est très subtile.

LES PATHOLOGIES

Il faut bien distinguer les symptômes ou syndromes de la pathologie qui peut les provoquer. Les présentations cliniques reprises ci-dessus peuvent être causées par des pathologies

- tumorales (une métastase vertébrale est une cause commune de myélopathie thoracique),
- infectieuses (la spondylodiscite lombaire donne d'affreuses lombalgies).

Mais, si l'on s'en tient à la pathologie dégénérative, voici une liste de pathologies et leur association avec la présentation clinique.

Comme on le voit, il sera impossible de tomber dans la simplification stupide visant à dire que toute hernie donne une sciatique et que toute sciatique vient d'une hernie lombaire.

Table 1 - Divers symptômes et syndromes associés aux pathologies dégénératives de la colonne

NOM	DÉFINITION	AIGU	CHRON.
TORTICOLI (1)	Douleur cervicale aigüe entraînant une limitation de la mobilité dans un sens	++	
CERVICALGIE CHRONIQUE (2)	Douleur cervicale postérieure chronique associée ou non à une irradiation dans les trapèzes mais pas vers le membre supérieur		++
CERVICO-BRACHIALGIE (3)	Radiculalgie sur les dermatomes du membre supérieur (C6-C7-C8), souvent associée à une douleur cervicale	++	++
MYÉLOPATHIE CERVICALE* (4)	Syndrome pyramidal atteignant la moelle cervicale avec une perte – même subtile – de la fonction motrice ou sensitive des membres supérieurs et inférieurs et une hyperréflexie.	+	++
MYÉLOPATHIE THORACIQUE** (5)	Syndrome pyramidal atteignant la moelle thoracique avec une perte – même subtile – de la fonction motrice ou sensitive des membres inférieurs et une hyperréflexie.	+	+
LUMBAGO (6)	Douleur lombaire intense et, par définition, aigüe sans radiculalgie associée	+++	
LOMBALGIE CHRONIQUE (7)	Douleur lombaire (continue ou presque continue) durant plus de six mois		+++
LOMBO-CRURALGIE (8)	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	+++	++
LOMBO-SCIATIQUE OU « SCIATIQUE » (9)	Radiculalgie portant sur la face postérieure de la cuisse et sur la jambe, le plus souvent sur les dermatomes L5, S1 ou L4, souvent associée à une douleur lombaire	+++	++
CLAUDICATION NEUROGÈNE (10)	Limitation du périmètre de marche obligeant le patient à s'asseoir ou à s'arrêter de marcher périodiquement	+++	
SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL (11)	Atteinte déficitaire du bas du corps liée à une compression des racines lombo-sacrées dans le canal médullaire et associant par définition une perte – même partielle – du contrôle sphinctérien	++	
TROUBLE DE LA STATIQUE RACHIDIENNE (12)	Attitude penchée en avant ou sur le côté. Peut être fonctionnel ou structurel	++	++

* Concernant une atteinte aigüe de la moelle cervicale, on utilisera plutôt le terme de tétraparésie ou tétraplégie. ** Pour une atteinte aigüe de la moelle thoracique, on utilisera plutôt le terme de paraparésie ou paraplégie.

Table 2 - Diverses pathologies dégénératives de la colonne

PATHOLOGIE ***	FRÉQUENCE DE PRÉSENTATION CLINIQUE (SYMPTÔME OU SYNDROME REPRIS DANS LE TABLEAU 1)		
	le plus souvent	parfois	rarement
Cervicarthrose et uncodiscarthrose	(2, 3)		
Hernie discale cervicale (molle)	(1, 3)		(4)
Canal cervical étroit	(4)	(2)	
Hernie discale thoracique	(5)		
Hernie discale lombaire (molle)	(6, 9)	(8, 12)	(11)
Canal lombaire étroit	(9, 8, 10, 7)	(6, 12)	(11)
Discopathie lombaire	(7)	(7)	
Arthrose facettaire	(7)		
Spondylolisthésis dégénératif	(9, 8, 10, 7)	(6)	(11)
Scoliose lombaire dégénérative	(7, 12)		

*** 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 lombaire mais est d'office associée à une discopathie lombaire ou à une arthrose facettaire.

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 grouper 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). Il convient d'examiner neurologiquement tous les patients.

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 20 m ou un déficit L5 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.

ÉCOUTER LES PATIENTS : TOUJOURS GAGNANT

La première étape capitale dans la démarche diagnostique est d'écouter le patient attentivement lors de l'anamnèse. Il faut identifier la plainte principale (la plus sévère, celle qui invalide le plus le patient) car le but du traitement est d'adresser cette plainte. On a vu plus haut l'importante variété de symptômes et syndromes (neurologiques ou douloureux) que peuvent présenter les patients.

On a vu qu'il n'était pas évident de faire le lien entre les plaintes et les pathologies constatées. Identifier le bon diagnostic (la source de la plainte) est donc parfois un travail d'enquête délicat mais intéressant. La première étape est d'écouter, voire de réécouter, son patient avec attention.

L'IMAGERIE QUI REND SERVICE...OU PAS

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 (symptômes 4, 5, 10, 11 de la table 2), il faut demander un IRM. Si l'on veut comprendre d'où vient une radiculagie ou un déficit radiculaire (symptômes 3, 8, 9), il en va de même : bien que l'enjeu soit moins important, l'imagerie est tout aussi puissante et indispensable pour porter le traitement.

Mais la majorité des patients va présenter un tableau de cervicalgie ou de lombalgie (symptômes 1, 2, 6, 7), pour lequel il faut reconnaître que l'utilité d'une IRM est faible, sauf s'il existe des 'red flags' (antécédents oncologiques, suspicion d'infection, etc.) ou un rythme inflammatoire de la douleur. La persistance des symptômes, leur aggravation ou leur intensité pourra aussi motiver un examen. 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, cf. références 2 et 3). La prévalence des anomalies est de 75% en lombaire et de 80% en cervical. Même 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 et l'interprétation soigneuse par le clinicien.

Avant de prescrire, il faut donc toujours évaluer en quoi celui-ci 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 dégénératives lombaires. 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 (référence 4);
- en cas de chronicisation, elle n'est indiquée que lorsqu'un traitement conservateur a été effectivement fait, correctement et bien documenté, mais qu'il est en échec. Cette situation est rare.

D'énormes variations dans le taux d'arthrodèse aux Etats-Unis montrent à quel point il y a eu et il y a aujourd'hui encore des indications inappropriées (Weinstein 2006). Pour les radiculalgies (référence 5), la situation est plus claire et l'évidence d'une certaine efficacité meilleure. Il en est également de même pour la myélopathie (symptômes 4, 5), la claudication (symptôme 10) ou le syndrome de queue de cheval (symptôme 11) (voir chapitres suivants).

Quelle que soit la chirurgie faite, il faudra compter sur un taux moyen de complication de 15% 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 août 2013;310(6):591 608.
2. KIM SJ, LEE TH, LIM SM. **Prevalence of disc degeneration in asymptomatic korean subjects. Part 1 : lumbar spine.** In *J Korean Neurosurg Soc.* janv 2013;53(1):31 38.
3. WEISHAUP 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.* déc 1998;209(3):661 666.
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;38(7):E409 422.
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;31(23):2707 2714.

Article édifiant montrant que le taux d'arthrodèse lombaire varie d'un facteur 1 à 20 en fonction du chirurgien à qui les patients sont adressés. Medicare dépense 14% de son budget pour faire ces arthrodèses. La lecture de la discussion (pages 2710-2713) est intéressante d'autant plus que l'histoire se répétera avec les BMP puis les prothèses discales.