

# L'instabilité rachidienne

Dr Pierre Coloma, neurochirurgien

Dr Sébastien Le Pape, chirurgien orthopédiste



# + (In)stabilité : définitions

## ■ Stabilité :

- capacité des vertèbres à rester cohésives lors des mouvements physiologiques, à protéger les éléments nerveux sans modifications structurelles irréversibles

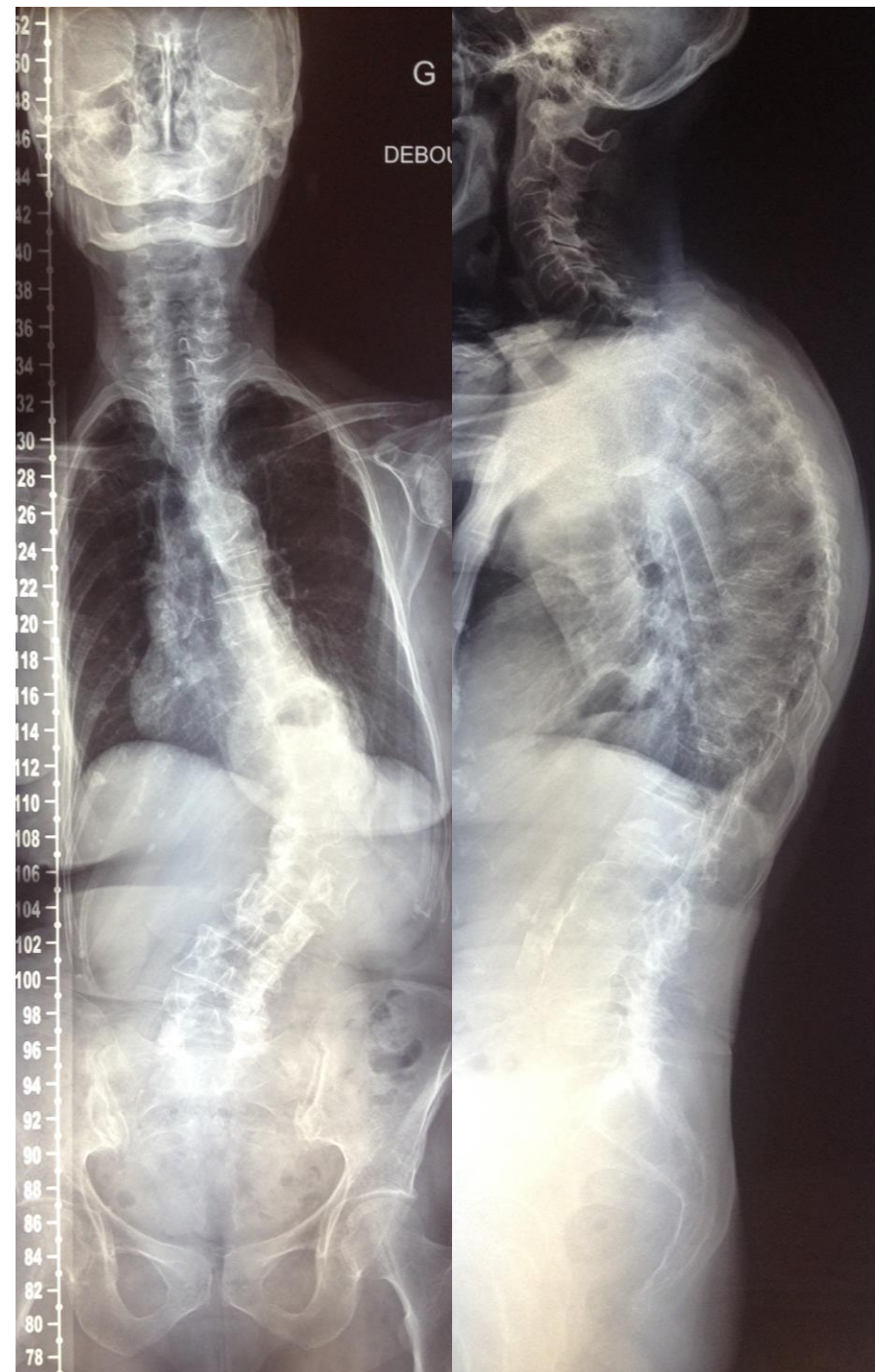
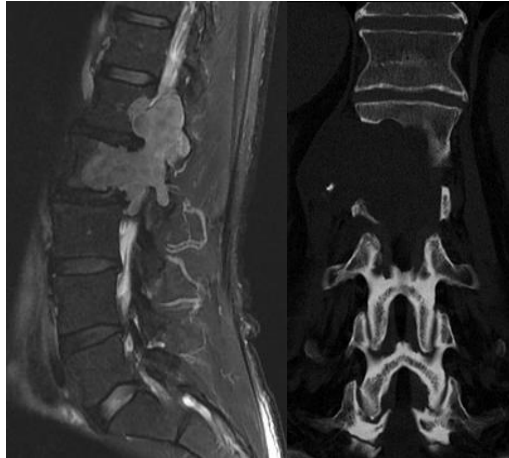
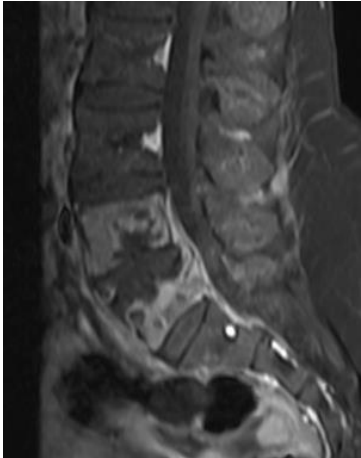
## ■ Instabilité :

### ■ Atteinte de l'intégrité anatomique :

- Rachis +++ (lésions arthrosiques ou arthritiques)
  - Disque
  - Facettes articulaires
- Muscles
- Commande neurologique centrale : maladies neuro-dégénératives, séquelles d'AVC
- Apparition de **déplacements anormaux** ou de **douleurs** sous une contrainte mécanique physiologique

# + Instabilité(s) ?

- En fonction du **sens du déplacement** :
  - Sagittal : antéro/rétro-listhésis
  - Frontal : latéro-listhésis voire dislocations rotatoires
  - 3 plans : scoliose
- Etiologies :
  - **Dégénérative** +++
  - (Traumatique)
  - Infectieuse ou tumorale
  - Iatrogène (post-chirurgicale)



# + En pratique clinique : quand y penser ?

## ■ Symptômes **positionnels** ?

- Majorés en **flexion** :
  - syndrome discal
- Majorés en **extension** :
  - syndrome articulaire postérieur
  - sténose canalaire (signe du caddie)

## ■ Notion d'**évolutivité** +++ :

- réactivation de symptômes anciens
- augmentation progressive des symptômes
  - claudication
  - douleur intermittente devenue permanente
    - sténose arthrosique
    - (douleur neuropathique)

# + Tableaux cliniques fréquents

- Lombalgie discale
  - Douleur du bas du dos, augmentant aux **changements de position**, en flexion ou position assise, lors du soulèvement
  - Améliorée en **position allongée ou debout**
  - Pseudo-sciatique tronquée, volontiers bilatérale
- Sténose canalaire
  - Douleurs radiculaires de **claudication à la marche**
  - Notion de **périmètre de marche**
  - Peu ou **pas de douleurs de repos**
  - Examen neurologique souvent **normal**
  - Lombalgie souvent au second plan

# + Spondylolisthésis

## Lyse isthmique

- Adulte jeune +++
- Fréquence de la lyse : 3%
- Fracture de fatigue, L5S1
- Potentiel de glissement +++
- Sciatique L5 volontiers bilatérale (sténose foraminale)
- Pas de claudication



## Dégénératif

- Adulte d'âge mur, arc postérieur intact
- L4L5
- Arthrose postérieure associée
- Souvent de faible grade, stable
- Claudication bilatérale (sténose centrale)
- Examen neurologique normal au repos



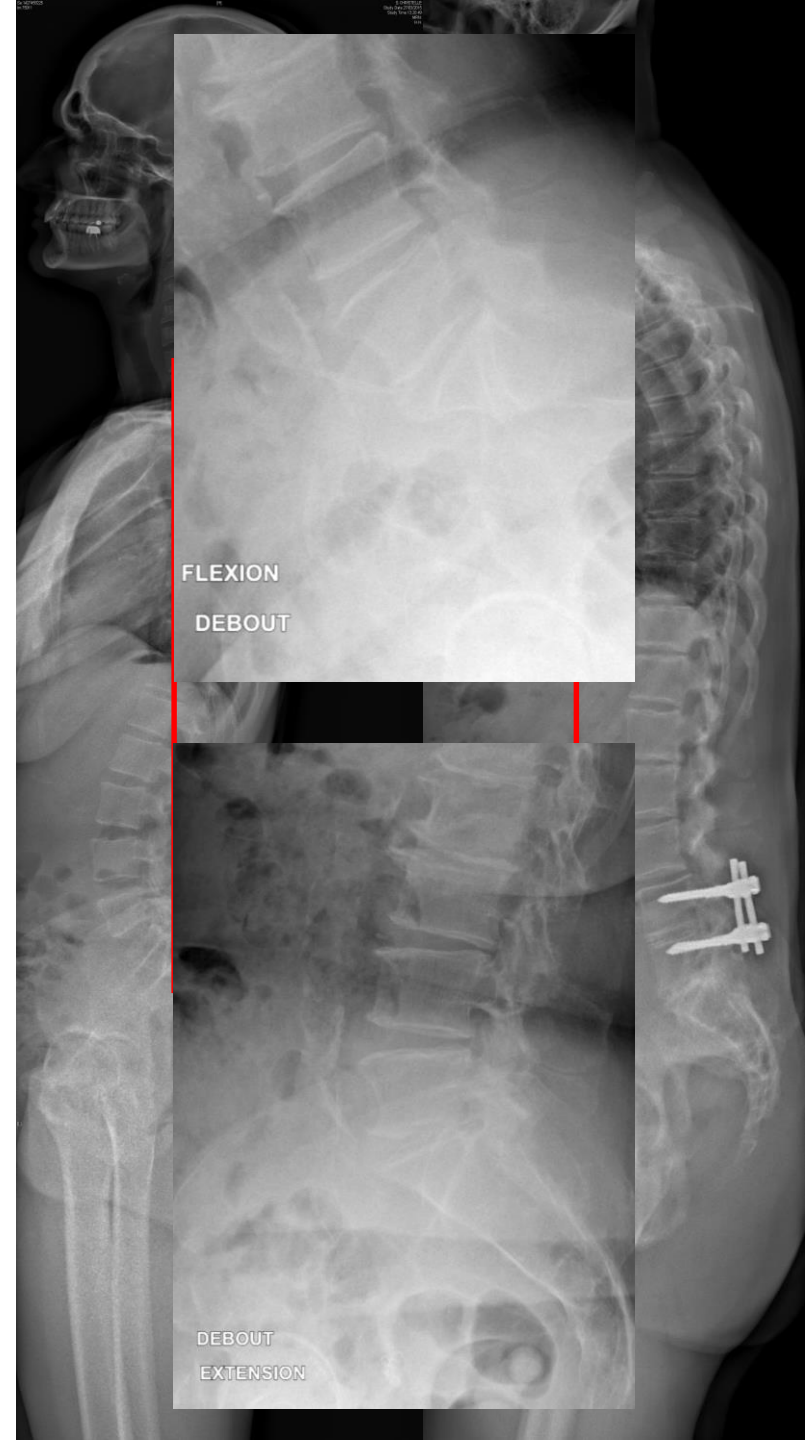
# + Scoliose dégénérative

- Adulte mûr
- Scoliose de novo, non présente à l'adolescence
- (Ou scoliose de l'adolescent qui a vieilli ...)
- Déséquilibre de face et de profil
  - Cyphose lombaire avec ou sans déséquilibre antérieur global
  - Éléments rotatoires avec dislocations
- Radiculalgies multiples, souvent asymétriques
  - Sténoses foraminales, affaissements discaux
- Lombalgies mécaniques +++
- Epuisement des mécanismes de compensation
  - Haubans musculaires
  - Hypo-cyphose dorsale et hyper-lordose cervicale
  - Extension des hanches, flexion des genoux



# + Bilan radiologique

- Clichés standard en charge +/- clichés de colonne totale
  - Hauteur discale
  - Spondylolisthesis
  - Ostéophytes, syndesmophytes
  - Equilibre sagittal et frontal, déformations
- Clichés dynamiques
  - Démasquent et quantifient l'instabilité
  - Eléments décisionnels de la stratégie thérapeutique (fixation ou non)
- Sacco-radiculographie
  - Examen d'exception
  - Indication à la discrétion du spécialiste
  - Recherche de conflit dynamique ou intérêt chez patients déjà arthrodésés
  - Couplée au myéloscanner

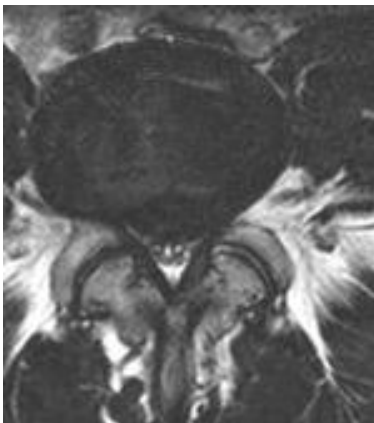




# + Bilan radiologique

## ■ IRM

- Complémentaire des radiographies standard
- Parties molles +++
  - Hernie discale : caractère exclu ou non, sous-ligamentaire ou non, canalaire ou extra-canalaire
  - Discopathies (Modic)
  - Capsule, synoviale, ligaments
  - Trophicité musculaire
- Éléments nerveux, degré de sténose
- Injection si rachis déjà opéré (distinguo fibrose/récidive hernie)



# + Bilan radiologique

## ■ Scanner

- En seconde intention :
  - si CI à l'IRM
  - si rachis déjà instrumenté (moins d'artefacts, préjuge de la fusion)
- Architecture osseuse, calcifications, fusions osseuses, sténoses foraminales
- Planification chirurgicale
- Éventuellement couplé à un myéloscanner



# + Quand orienter le patient ?

- Douleurs non soulagées par le traitement médical conservateur
- Evolution chronique (>3 mois)
- Présentation neurologique déficitaire ou hyperalgique malgré paliers 3
- Déformations rachidiennes



# + A qui orienter ?

## Rhumatologue/MPR/kiné

- 1<sup>er</sup> avis pour optimisation du traitement conservateur
- Symptômes non hyperalgiques
- PEC globale
  - Éducation thérapeutique
  - Ergonomie, postures



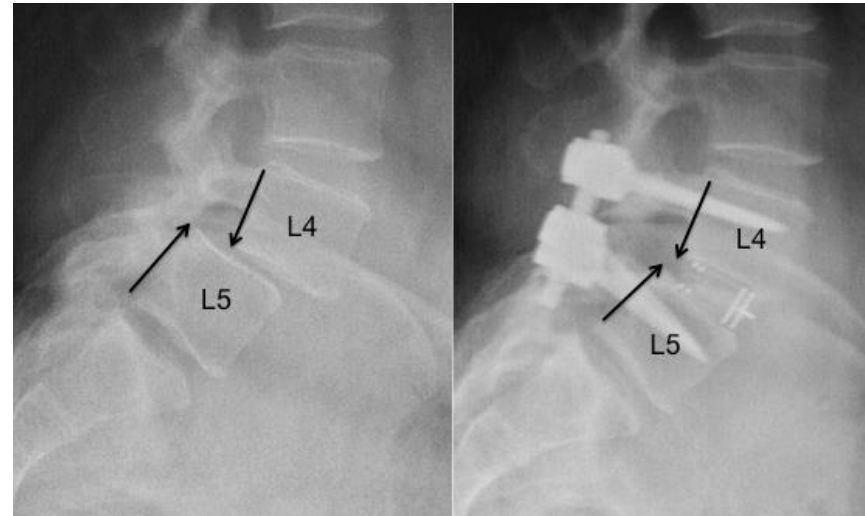
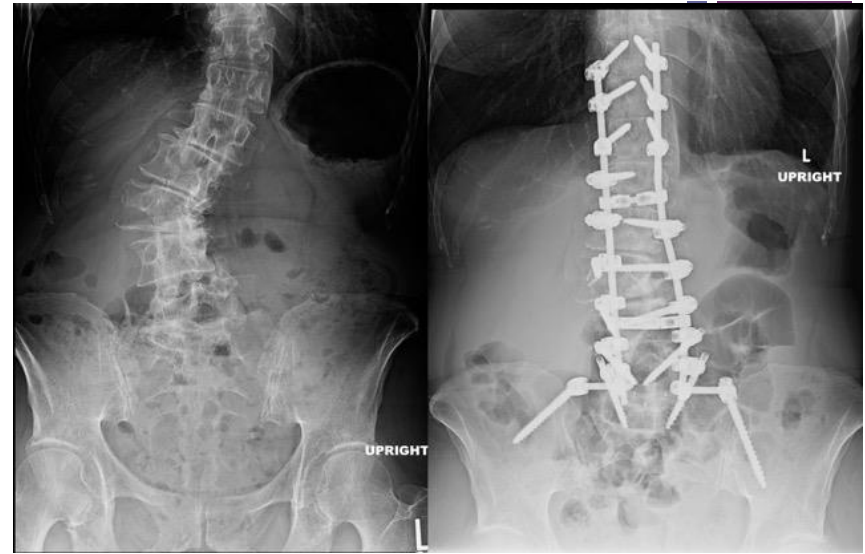
## Chirurgien

- Echec du traitement conservateur
- Urgences neurologiques
- Déformations importantes



# + Quel traitement ?

- 1<sup>ère</sup> intention : toujours conservateur :
  - Antalgiques/AINS
  - (Repos)
  - Rééducation :
    - kinésithérapie/ostéopathie
  - Contention lombaire :
    - Corset lombaire
    - Ceinture
- 2<sup>ème</sup> intention : infiltrations
  - Sous contrôle radioscopique/scanner
    - Epidurale
    - Foraminale
    - Articulaires postérieures
    - (Lyse isthmique)
    - (Intra-discale)
- (Dernière intention : chirurgie)





Merci de votre attention