

L'instabilité rachidienne

Dr Pierre Coloma, neurochirurgien

Dr Sébastien Le Pape, chirurgien orthopédiste

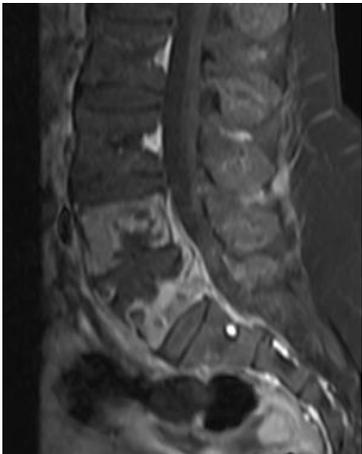


+ (In)stabilité : définitions

- 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



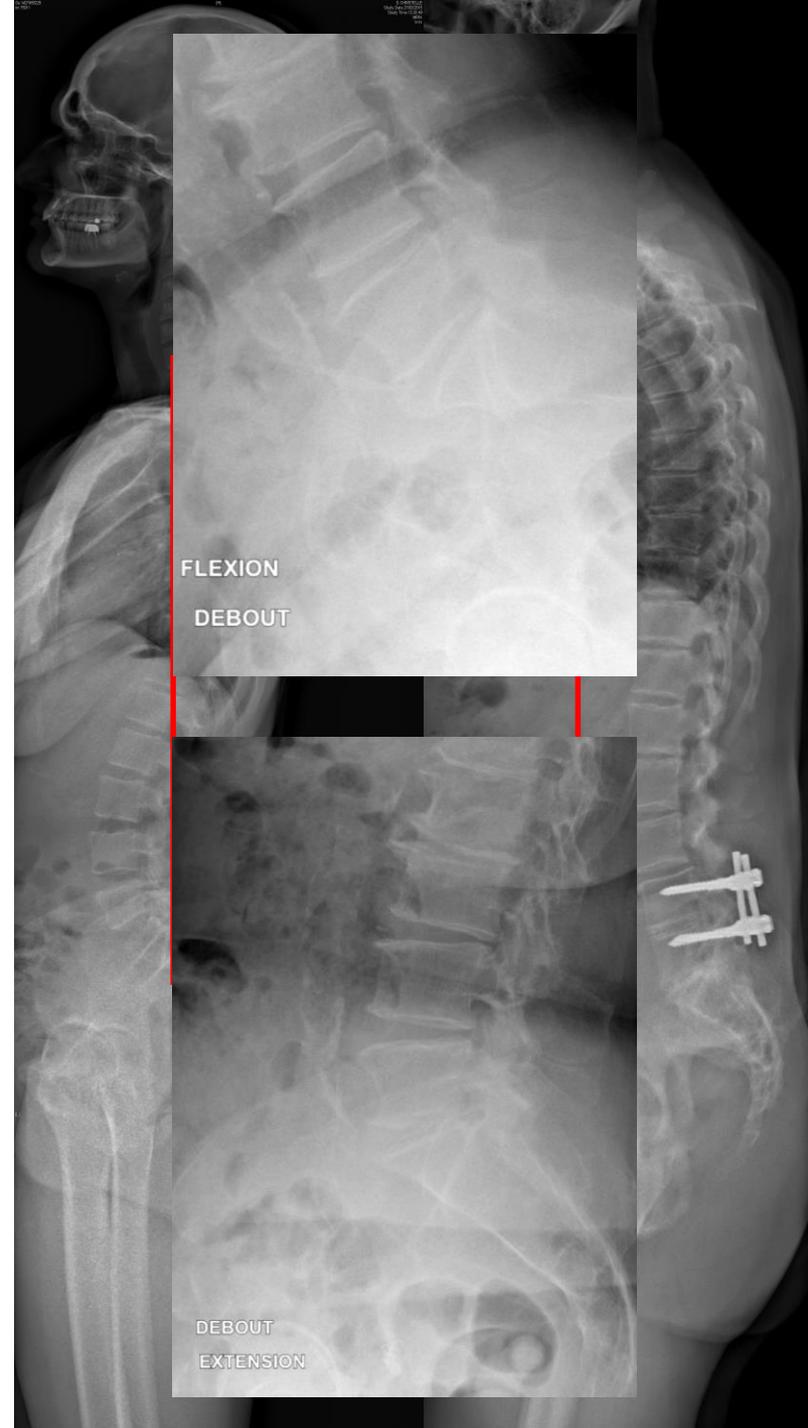
+ Scoliose dégénérative

- 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 +++
- Épuisement 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^{er} avis pour optimisation du traitement conservateur
- Symptômes non hyperalgiques
- PEC globale
 - Éducation thérapeutique
 - Ergonomie, postures



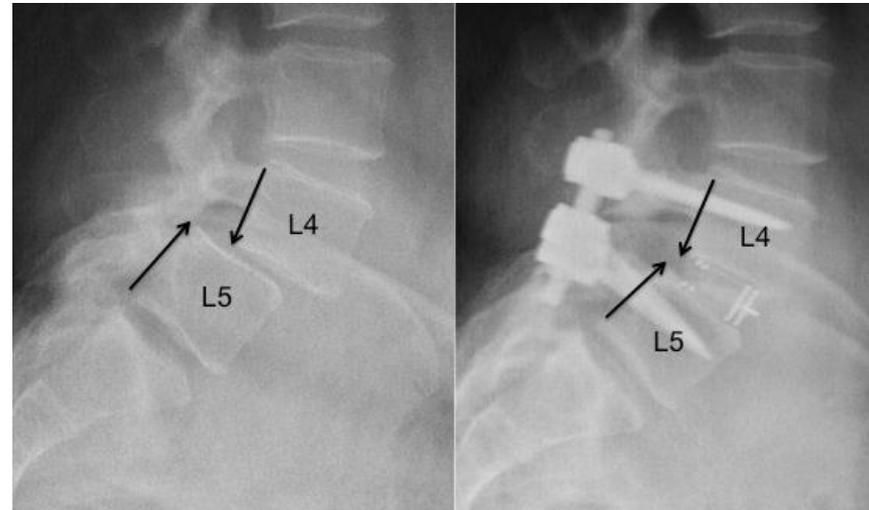
Chirurgien

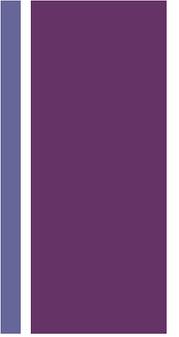
- Echec du traitement conservateur
- Urgences neurologiques
- Déformations importantes



+ Quel traitement ?

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





Merci de votre attention