

Une lombosciatalgie pas si commune

par le Dr Virginie HUYGHE*

* Médecin généraliste
1030 Bruxelles
virginie.huyghe@ssmg.be

Madame K, patiente âgée de 78 ans, me consulte régulièrement. C'est une personne angoissée, aux lourds antécédents médico-chirurgicaux : diabète de type II, valvulopathie mitrale rhumatismale, FA permanente avec réponse ventriculaire lente (traitée par anticoagulation et pacemaker VVI), scoliose sévère, neurofibromatose de Von Recklinghausen, canal lombaire étroit (CLE), ulcère gastrique...

Aujourd'hui, elle se présente avec sa fille, inquiète. Elle a, en effet, l'impression que sa maman a diminué son périmètre de marche et qu'elle ne sort plus de chez elle. Depuis deux semaines, elle ne monte plus les escaliers car à plusieurs reprises elle a failli tomber. Habituellement cette patiente faisait encore les courses avec sa fille. Et ceci malgré une limitation de ses activités due à un canal lombaire étroit et à une scoliose sévère présente depuis des années mais supportée grâce à des antalgiques et un corset.

Lombosciatalgie invalidante

Madame K m'explique que, depuis 2 semaines, elle souffre de maux de dos irradiant jusque dans les deux genoux, plus importants à droite qu'à gauche, avec accentuation progressive de la douleur. Elle manque de force dans la jambe droite et a l'impression de « passer à travers son genou » droit, raison pour laquelle elle ne monte plus les escaliers. La douleur la réveille certaines nuits. Elle est apyrétique. Elle n'a pas d'incontinence urinaire ou fécale.

À l'examen clinique, je retrouve cette scoliose importante et son attitude campotorme^a habituelle. Cependant, mon attention est attirée par le manque de force de son quadriceps droit, l'abolition de son réflexe rotulien droit, l'hypoesthésie de la face latérale de la cuisse droite et par des paresthésies de la jambe droite. Par ailleurs, elle présente une franche douleur à la palpation en paravertébral droit à hauteur de L4-L5. Sa marche est précautionneuse mais l'appui sur les talons et les pointes est conservé. Je retrouve un Lasègue positif à droite.

ABSTRACT

Case report of a patient with lumbosciatica with bilateral paresis in the context of a neurofibromatosis

Keywords :
neurofibromatosis, low back pain, spinal cord tumor.

RÉSUMÉ

Histoire d'une patiente souffrant de lombosciatalgie avec parésie bilatérale dans le cadre de sa neurofibromatose

Mots-clés : neurofibromatose, lombalgie, tumeur médullaire.

Examens paracliniques

Au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique qui ne me rassurent pas, je prévois un scanner lombaire (CT lombaire) ainsi qu'une électromyographie (EMG). À ce stade, plusieurs diagnostics sont à évoquer : hernie discale lombaire, kyste arthro-synovial, spondylolisthésis, tumeur intracanaulaire, neurinome, névrite auto-immune et coxarthrose. Je lui prescris du tramadol 50 mg (avec du

a. « La camptocormie, ou cyphose lombaire progressive, est une anomalie posturale caractérisée par une projection du tronc vers l'avant. »

http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=1320

dompéridone et un macrogol) en plus de son paracétamol en lui précisant bien les effets secondaires liés à ce nouveau médicament.

Je la revois quelques jours plus tard. Elle me signale être partiellement soulagée par ses antalgiques et mieux supporter la douleur. L'EMG met en évidence une atteinte sensitivomotrice de L4. Le CT lombaire montre une tumeur à hauteur de L4-L5 droit avec suspicion d'envahissement du canal rachidien. Un neurochirurgien, que j'avais contacté au préalable, m'avait conseillé de réaliser une résonance magnétique (IRM) afin de mieux évaluer la lésion et son envahissement ainsi qu'un Pet CT afin d'exclure une lésion d'allure tumorale. Une IRM lombaire a été réalisée après réglage au préalable de son pacemaker par son cardiologue.¹

Ces deux examens ont permis de mettre en évidence un neurofibrome avec envahissement du canal rachidien.

La patiente a rapidement été prise en charge par le neurochirurgien. Après son opération, elle a bénéficié d'une rééducation intensive. Je l'ai revue quelques semaines après son intervention. Elle se porte bien, remonte les escaliers et a repris ses activités habituelles avec sa fille (courses...).

Petit rappel

La neurofibromatose de type I ou maladie de Von Recklinghausen est une maladie autosomique dominante, neuromusculaire, multisystémique, prédisposant au développement de tumeurs bénignes et malignes. Elle touche une naissance sur 3000. Il en existe deux types : NF1 (95% des neurofibromatoses) et NF2.

Le diagnostic de NF1 peut être posé chez un individu si au moins deux des sept critères cliniques sont trouvés :

1. au moins six taches café au lait de plus de 5 mm dans leur plus grand diamètre chez des individus prépubertaires, et de plus de 15 mm chez des individus pubères ;
2. au moins deux neurofibromes de n'importe quel type ou un neurofibrome plexiforme ;
3. lentigines axillaires ou inguinales ;
4. un gliome optique ;
5. deux nodules de Lisch (hamartome irien) ;
6. une lésion osseuse caractéristique comme une dysplasie sphénoïde, un amincissement de la corticale des os longs avec ou sans pseudarthrose ;
7. un parent du premier degré atteint de NF1 suivant les critères précédents.

Il existe une grande variabilité phénotypique inter et intrafamilial.

Cette maladie entraîne de nombreuses complications : atteintes neurologique, ophtalmologique, rénale, orthopédique, cardio-vasculaire, viscérale et tumorale.

La prise en charge de cette maladie nécessite un suivi annuel par le médecin généraliste (prise des paramètres, examen neurologique et examens des lésions cutanées et sous cutanées) et une équipe pluridisciplinaire.

Des examens complémentaires ne seront réalisés qu'en cas de manifestations cliniques.²

Bibliographie

1. Mazzola Eusébio O., Motamed S. Indication à l'imagerie dans la lombalgie chez l'adulte. Rev Med Suisse 2013 ; 9 : 1732-36. <http://rms.medhyg.ch/numero-399-page-1732.htm>
2. Neurofibromatose de type1 : complications à l'âge adulte, modalité de surveillance et de traitement. John Libbey Eurotexte.2010 ; 2 : 9-10 : 248-51. http://www.jle.com/fr/revues/nro/e-docs/neurofibromatose_de_type_1_complications_a_lage_adulte_modalites_de_surveillance_et_de_traitement_289387/article.phtml