



# **Radiculalgie**

## **Bilan par le généraliste**

# Plan de la présentation

- **La clinique avant tout !**
  1. N'y a-t-il pas de **red flags** ?
  2. S'agit-il bien d'une radiculalgie ?
  3. Est-elle due à une hernie discale ?
- **Faut-il une imagerie, et si oui, laquelle ?**
- **Faut-il un électrodiagnostic ?**
- **Faut-il référer à la 2<sup>ème</sup> ligne ?**
  - A l'algologue?
  - Au chirurgien ?



# 1. La clinique avant tout !

# N'y a-t-il pas de red flags



- **Tableau clinique**

- ⇒ **Symptômes neuro (Stt récents, évolutifs, étendus) ?**

- Faiblesse MI (! Releveurs, fléchisseurs pied)

- Anesthésie en selle

- Troubles génitaux ou sphinctériens

- **Si mon patient est vasculaire...**

- ⇒ **Souffle Abdo ? Extrém froide ? Pouls périphériques ?**

# Dépister la **perte de force**



**Genuflexion (L3, L4)**



**Se tenir sur les talons (L5)**



**Se tenir sur la pointe des pieds (S1)**

➔ **Faiblesse relative ?**

# Quantifier la **perte de force**

---



- **Symétrique**  
→ **MRC 5** → Ok
- **Plus faible mais toujours possible (c/R)**  
→ **MRC 4** → Suivi rapproché
- **Possible ! mais sans résistance**  
→ **MRC 3** → Référer **immédiatement**

NB: sans R ni pesanteur → **MRC 2**

Aucun mouvement → **MRC 1**

# Est-ce bien une radiculalgie ?

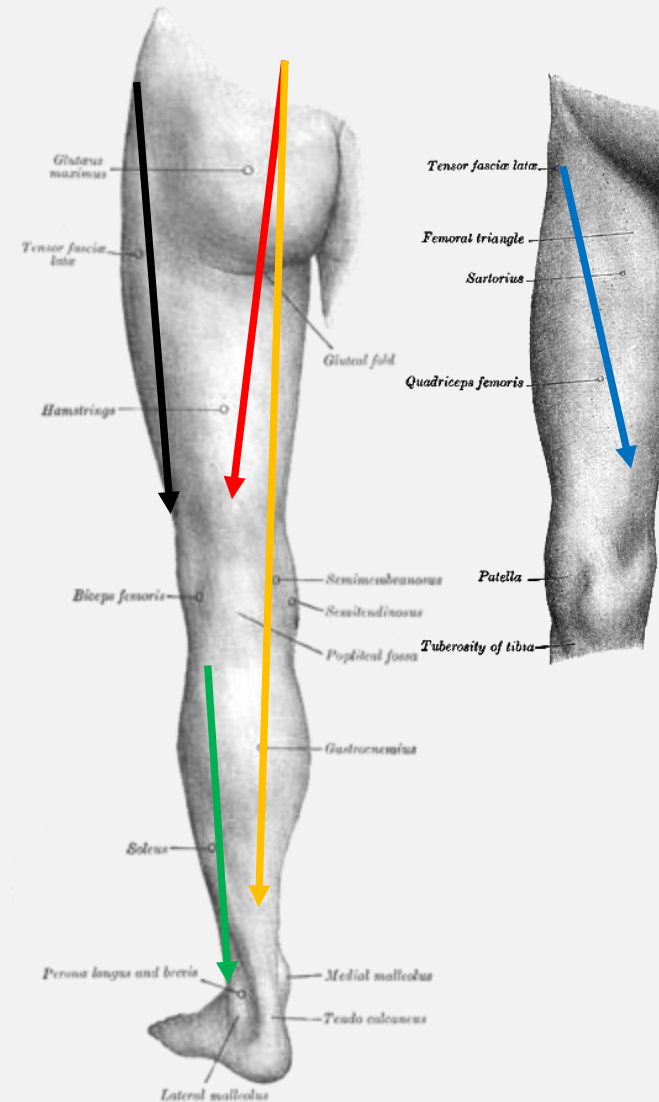
- Topographie de la D+

1. Non

2. Oui

3. Oui

4. Non



# Est-ce bien une radiculalgie ?

- **Plaintes typiques**
  - Douleur
  - Paresthésies (extrémités)
  - Unilatéralité
  
- **Plaintes non typiques**
  - Allodynie, hyperalgésie
  - Topographie *mouvante*

# La cause est-elle discale ?

- Le test clinique du conflit disco-radicaire

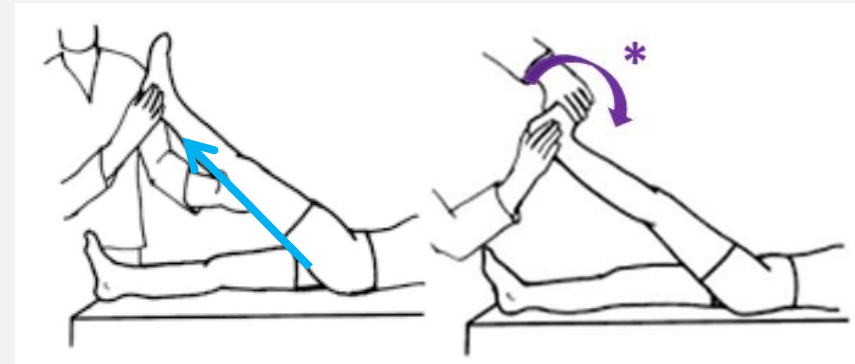
- **LASEGUE** (L5, S1)

- Sensibilité = 90 % ↗
- Spécificité < 30 % ↗

➔ **Positif si D+ ...**

➔ **Réalisation**

- 1° Côté sain →
    - Noter
    - si D+ évoquée côté pathologique → **Lasègue croisé**
  - 2° Côté patho →
    - Comparer
    - ↗ Sensibilité et Spécificité → **Bragard \***
- ① CLE → Lasègue (-)



# Un petit mot sur les ROT...

- Recherche d'un déficit des réflexes ostéotendineux

- Rotulien (L3, L4)
- ... ? (L5)
- Achilléen (S1)  
(Sensibilité ~ 50 %)
- ① △△ séquelle !



# Et si la cause n'est pas discale...

- **Aigue, subaigue (20 – 60 ans)**
  - Avec lombalgie d'allure facettaire
    - Spondylolisthesis (spondylolyse)
  - **Radiculalgie sans lombalgie**
    - Hernie expulsée
    - Zona lombo-sacré
    - Patho médullaire
    - Patho petit bassin (compr. Extrarachidienne)
- **Chronique, récurrente (> 55 ans)**
  - *Positionnelle* → canal étroit latéral
  - *A la marche* → canal étroit global

# En cas de claudication

- Est-elle neurologique a priori ?

⇒ OUI SAUF (ex-)fumeur et diabétique

- **EN PARTICULIER SI**

- Camptocormie
- D<sup>+</sup> - plutôt proximale
  - bilatérale
  - à bascule

- **MEME SI**

- D<sup>+</sup> surtout en montée
- Pouls tibiaux postérieurs = ??



## 2. Faut-il une imagerie ?

# Imagerie en aigu

- **RX standard ?**

→ NON sauf si spondylolisthesis suspecté

- « *Syndrome facettaire* » associé
- Spondylolyse connue

- **Mais si on l'a déjà...**



# Imagerie en aigu

- Imagerie complémentaire ?

  - NON, sauf si...

    - *Intervention (Péridurale, CHIR) envisagée*

- Quelle technique ?

  - Scan → ... (sensibilité assez *relative*)

  - IRM → Gold standard (! sensibilité/spécificité ≠ 100 %)

  - PET-Scan → ???

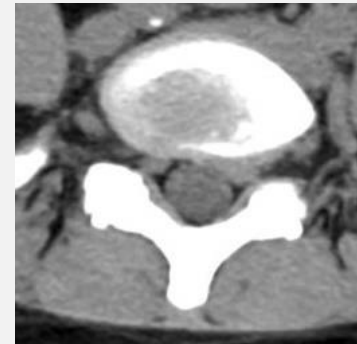
# Imagerie en aigu

- IRM (Scan) ?

→ « hernie discale »

## 1. Hernie vraie ?

① SCAN



## 2. Récente ?

○ T2 (IRM)



# Imagerie en aigu

- IRM (Scan)

→ « *hernie discale* »

### 3. Responsable de la radiculalgie ?

- Localisation
- Œdème de la racine (< 30% des cas)

### 4. A risque ?

- Localisation (intraforaminale ?)
- Volume (relativement à celui du canal)

# La spécificité de l'IRM ...

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk degeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Disk signal loss	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Disk height loss	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Disk bulge	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

Pourcentage de signe IRM de dégénérescence (surtout lombaire) dans une population **asymptomatique** (revue de 33 études, 3110 patients)  
[Brinjikji & al, Am J Neuroradiol 2015](#)

# PET-Scan ?

- **Radiculalgie chronique avec IRM douteuse?**
  - **Cipriano et al. J Nucl Med 2018**
    - N = 9 (vs 5)
    - Etude financée par General Electric...

# Imagerie de suivi ?

- **Faut-il une IRM de suivi ?**

- **Panagopoulou et al, Spine 2017** (revue de 12 études)

- 7 études : ↘ volume hernie dans 15 à 90% des cas

- 2 études : ↘ compression radiculaire dans 15 à 90% des cas

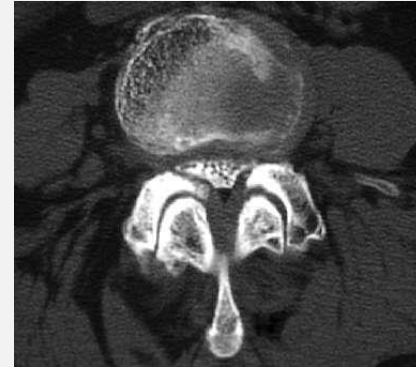
- 1 étude : absence de //isme évolutif CLIN-IRM

# Imagerie en chronique

- Le canal lombaire étroit

⇒ IRM (Scan)

① **Critère** : ↘ signal du LCR >> ∅



NB: si on a des clichés RX





### 3. Electrodiagnostic ?

# L'électrodiagnostic

- **Principe**

- Objectivation de l'atteinte neurologique
- Identification de sa nature, de sa localisation

- **Inconvénients**

- Examen opérateur-dépendant
- Bonne spécificité, mais faible sensibilité
- Overlaps L2, L3, L4 (territoires, muscles) →  $\Delta\Delta$  difficile

- **Indications de choix**

- *Sciatalgie* (?) rebelle (sans red flags évident)
- Non-corrélation clinique-IRM (cf. CHIR ?)

# Les techniques pour la radiculalgie

- **Le réflexe H (S1, L4)**

- (+) Précoce, très spécifique (> 90%)

- (-) ΔΔ séquelle ? (altération parfois irréversible)

- **L'EMG**

- (+) Précoce ( $\geq 1$  Sem) a.n. muscles paravertébraux  
Suivi de l'évolutivité (réinnervation...)

- (-) Tardif ( $\geq 3$  Sem) a.n. muscles distaux  
Sensibilité variable (ex: perte axonale partielle, ancienne)  
Ne détecte que l'Att. motrice

- **PEv somesthésiques**

- (+) Assez bonne spécificité (> 70%), mais variabilité indiv.

- (-) Faible sensibilité (< 50%, ex: atteinte partielle)



## 4. Référencer à la 2<sup>o</sup> ligne ?

# Référent à l'algologue

- **Infiltration lombaire ?**

- Indications

- Radiculalgie rebelle
- Canal lombaire étroit

- Efficacité ?

- A court terme : tout fonctionne ... (NB: effet placebo)
- A long terme (> 3 mois) : Lidocaïne (+/- cortico) > Cortico seul  
[Manchikanti et al, Pain Phys 2016 : 39 RCT revues](#)

- Voies d'abord

- 1 remboursée : transforaminale (sous Ctrl RX/Scan)
- 2 non remboursées : translaminale, sacro-coccygienne

# Référer au chirurgien

---

- **En aigu (red flags)**

- Déficit musculaire si...

- Récent
- Important (MRC  $\leq$  3)
- Evolutif
- Etendu (queue de cheval)

- Syndrome de la queue de cheval

- **En l'absence de red flags (douleur seule)**

- Hernie discale → pas de supériorité sur  $\theta$  Cons à 1 an ?

- Spondylolisthésis → supériorité sur  $\theta$  Cons à 1 an !

- Canal lombaire étroit → supériorité sur  $\theta$  Cons à 1 an !

[Fernandez et al, Eur Spine J 2016](#) (12 études)