

# Radiculopathies cervicales et lombaires

Dr méd. Ralph T. Schär, Prof. Dr méd. Claudio Pollo, Dr méd. Christian T. Ulrich, Prof. Dr méd. Andreas Raabe

Universitätsklinik für Neurochirurgie, Inselspital, Bern



Les radiculopathies cervicales et lombaires sont le plus souvent les conséquences d'une affection dégénérative de la colonne vertébrale. Sur le plan clinique, des syndromes radiculaires typiques sont souvent retrouvés; ils peuvent être aigus ou chroniques et avoir une évolution légère ou sévère. En cas d'échec du traitement conservateur, la chirurgie offre des perspectives de succès bonnes à très bonnes lorsque l'indication est minutieusement posée.

## Contexte

Les radiculopathies lombaires ou lombosciatiques aiguës font partie des affections neurologiques les plus fréquentes, avec une prévalence vie entière de 3–5% chez l'adulte, les femmes et les hommes en étant touchés à part égale [1]. L'incidence annuelle des radiculopathies cervicales est estimée à 10/100 000 chez les hommes et à 64/100 000 chez les femmes, avec un pic de fréquence entre l'âge de 50 et 54 ans. Dans la littérature, une prévalence des radiculopathies cervicales de près de 4 cas pour 1000 habitants est rapportée [2].

Aussi bien les radiculopathies cervicales que lombaires sont majoritairement causées par des compressions nerveuses mécaniques (expansives) dues à des altérations dégénératives des disques intervertébraux, ligaments, vertèbres ou articulations facettaires, telles qu'elles se rencontrent en cas de hernies discales, sténoses du canal rachidien et spondylarthroses.

Les radiculopathies, en particulier en présence de déficits moteurs aigus, représentent des urgences neurologiques, qui doivent être évaluées rapidement et être présentées à un neurochirurgien ou à un chirurgien orthopédiste du rachis.

Dans cet article, nous expliquons les aspects neuro-anatomiques pertinents, la physiopathologie et le tableau clinique des radiculopathies cervicales et lombaires. Nous présentons en outre l'algorithme de prise en charge de ces patients sur la base des recommandations les plus récentes. Concernant le syndrome de la

queue de cheval, nous renvoyons les lecteurs à notre deuxième article de revue «Partie 2 – Syndrome de la queue de cheval», qui paraîtra dans le numéro 27–28 du FMS.

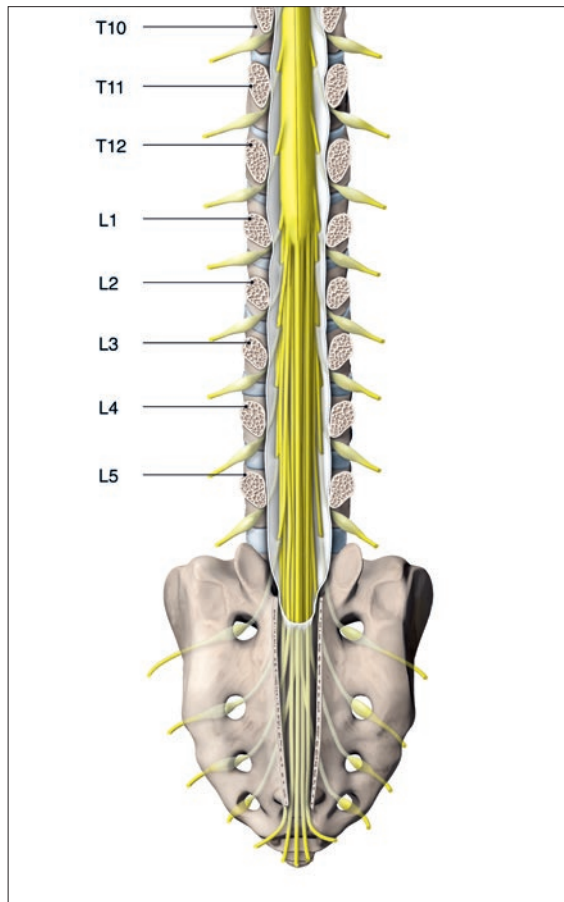
## Rappel: anatomie et physiopathologie des racines nerveuses

Après leur sortie de la moelle épinière, la racine nerveuse postérieure (sensitive afférente) et la racine nerveuse antérieure (motrice efférente) se réunissent pour former la racine nerveuse rachidienne, qui quitte ensuite le canal rachidien via le neuroforamen correspondant (foramen intervertébral). Le ganglion spinal contient les corps cellulaires sensitifs des racines nerveuses postérieures et est situé dans le neuroforamen. Au niveau du rachis cervical, les racines nerveuses traversent le neuroforamen au-dessus du pédicule correspondant. Dans la mesure où il existe au total huit paires de racines nerveuses cervicales, à partir de T1, les racines nerveuses traversent chacune le foramen en-dessous du pédicule correspondant. A l'âge adulte, le cône médullaire se termine généralement à hauteur de la première vertèbre lombaire. En conséquence, les racines nerveuses lombo-sacrées cheminent dans le canal rachidien sur un plus long trajet que les racines nerveuses cervico-thoraciques (fig. 1).

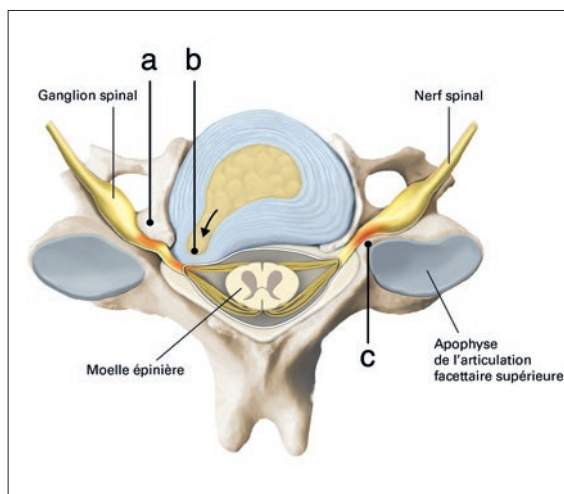
Les racines nerveuses rachidiennes forment le début du système nerveux périphérique et contiennent ainsi les motoneurons inférieurs. Les symptômes neuro-



Ralph T. Schär



**Figure 1:** Illustration schématique du rachis thoraco-lombaire avec le sacrum. Vue depuis l'arrière, avec coupe coronale à travers le pédicule. Sont représentés le cône médullaire, qui se termine à hauteur de la première vertèbre lombaire, et le trajet de la queue de cheval dans le canal rachidien. (© Clinique universitaire de neurochirurgie, Inselspital, Berne.)



**Figure 2:** Les causes les plus fréquentes de radiculopathies cervicales sont les sténoses foraminales dues à des altérations dégénératives des articulations uncovertébrales (a) et des articulations facettaires (c) avec formation de spondylophytes et de hernies discales médiolatérales (b). (© Clinique universitaire de neurochirurgie, Inselspital, Berne.)

logiques classiques en cas de lésion du motoneurone périphérique (motoneurone inférieur ou deuxième motoneurone) sont une parésie flasque, des réflexes ostéotendineux réduits ou abolis, ainsi qu'avec le temps, une atrophie musculaire progressive des muscles indicateurs respectifs.

Les racines nerveuses rachidiennes se distinguent du plexus nerveux et des nerfs périphériques par leur organisation systématique et strictement segmentaire en territoires d'innervation ou métamères, qui sont définis par un ensemble dermatome/myotome. Ce concept anatomique forme finalement la base d'un examen neurologique fondé et ciblé chez les patients avec suspicion clinique de radiculopathie spinale.

Le pathomécanisme exact des douleurs radiculaires n'est qu'insuffisamment compris. Une compression exclusive de la racine nerveuse n'entraîne pas dans tous les cas des douleurs, sauf si le ganglion spinal est également comprimé. Outre une ischémie locale, les cytokines inflammatoires sécrétées de façon accrue en cas de hernie discale pourraient également contribuer à la survenue de douleurs. Ces hypothèses forment finalement la base du traitement symptomatique par anti-inflammatoires non stéroïdiens.

## Radicalopathies cervicales

### Causes et corrélat physiopathologique

La cause la plus fréquente de radiculopathie cervicale, retrouvée dans jusqu'à 75% de tous les cas, est la sténose foraminale avec compression d'une racine nerveuse. Cette situation résulte le plus souvent d'une combinaison de facteurs ostéo-disco-ligamentaires. Par exemple une perte de hauteur d'un disque intervertébral donne lieu à un rétrécissement foraminale et à des ostéophytes dégénératifs au niveau des articulations uncovertébrales (compression depuis l'avant) et des articulations facettaires (spondylarthrose; compression depuis l'arrière), qui peuvent également entraîner une compression des nerfs adjacents (fig. 2). Contrairement aux pathologies lombaires, les hernies discales sont uniquement responsables de radiculopathies cervicales dans 20–25% des cas. Dans le cadre du diagnostic différentiel, il convient également de songer à une origine tumorale ou inflammatoire, en particulier en présence de signaux d'alerte («red flags») dans l'anamnèse, tels que fièvre, frissons, perte de poids involontaire, consommation de drogues par voie intraveineuse, douleurs nocturnes ou immunosuppression. Dans le tableau 1 sont énumérés d'autres affections et syndromes, qui peuvent entrer en ligne de compte en tant que diagnostics différentiels en cas de radiculopathie cervicale.

**Tableau 1:** Diagnostics différentiels en cas de radiculopathie cervicale.

Diagnostic	Anomalies
Syndrome de compression des nerfs périphériques (par ex. syndrome du canal carpien)	Hypoesthésie et parésie dans la zone d'innervation correspondante; réflexes ostéo-tendineux normaux; ENG pathologique.
Lésion de la coiffe des rotateurs et de l'épaule	Douleurs dans les épaules, avant tout lors du mouvement; fonctions sensorielles et réflexes ostéo-tendineux normaux.
Névríte aiguë du plexus brachial (névríte du plexus, amyotrophie névralgique de l'épaule)	Douleurs intenses dans la région cervicale, les épaules et les bras avec, après quelques jours, une faiblesse des bras marquée (la plupart du temps, zone d'innervation de C5–C6) et un déclin de la douleur.
Syndrome du défilé thoracobrachial	Douleurs dans les épaules/les bras liées aux mouvements; paresthésies intermittentes C8–T1; pas de déficits neurologiques; ENG la plupart du temps normale.
Zona (herpes zoster)	Douleurs neuropathiques dermatomales avec éruption cutanée vésiculeuse typique.
Syndrome de Pancoast-Tobias	Douleurs dans les épaules et les bras induites par la compression du plexus brachial; paresthésies et parésies (C8–T1); syndrome de Claude Bernard-Horner.

**Tableau 2:** Aperçu des syndromes radiculaires cervicaux et lombaires.

Racine nerveuse	Distribution de la douleur, fonction sensorielle	Muscles indicateurs	Parésies potentielles	Réflexes ostéotendineux
C5	Bras latéral jusqu'au coude	M. deltoïde M. biceps brachial	Abduction du bras	Bicipital
C6	Avant-bras latéral, pouce et index	M. biceps brachial, M. brachio-radial	Flexion du bras	Bicipital
C7	Avant-bras et bras dorsaux jusqu'au majeur	M. triceps brachial, M. rond pronateur	Extension du bras	Tricipital
C8	Côté ulnaire du bras et de l'avant-bras jusqu'à l'auriculaire	Muscles intrinsèques de la main	Fermeture du poing, prise entre le pouce et l'index	Tricipital
L3	Face ventromédiale de la cuisse jusqu'à la face intérieure du genou	M. grand psoas, M. quadriceps fémoral	Flexion de la hanche, extension du genou	Patellaire
L4	Face ventrolatérale de la cuisse jusqu'à la rotule	M. quadriceps fémoral	Extension du genou	Patellaire
L5	Cuisse latérale, région pré-tibiale jusqu'à l'hallux	M. tibial antérieur M. long extenseur de l'hallux	Releveurs du pied, de l'hallux	Tibial postérieur
S1	Cuisse dorsale jusqu'au bord latéral du pied	Muscles péroniers, M. triceps sural	Fléchisseurs du pied	Achilléen

### Tableau clinique

Le diagnostic d'une radiculopathie cervicale peut souvent être posé sur une base exclusivement clinique. La racine nerveuse C7 est la plus fréquemment touchée, suivie de la C6. Les symptômes sont dominés par des douleurs intenses, qui débutent au niveau de la région nucale et irradient dans le bras et parfois jusque dans les doigts en passant par la ceinture scapulaire. Outre

cette cervico-brachialgie typique, les patients présentent aussi souvent des déficits sensori-moteurs cervico-radiculaires avec hypoesthésies, paresthésies, parésies d'intensité variable et réflexes ostéotendineux réduits voire abolis. Tandis que les symptômes sensoriels suivent typiquement le dermatome de la racine nerveuse compromise, la propagation de la douleur dans le bras suit plutôt une distribution myotomale que dermatomale (tab. 2). Les douleurs peuvent souvent être atténuées ou accentuées par la position du bras et de la tête. La cervico-brachialgie peut par ex. être provoquée par une rotation ou inclinaison ipsilatérale de la tête, tandis qu'elle est soulagée par une rotation ou inclinaison controlatérale de la tête.

Si, dans le cadre d'une lésion cervicale, la moelle épinière est comprimée en plus des racines nerveuses, par ex. en cas de hernie discale (para)médiane ou de sténose centrale du canal rachidien, l'examen neurologique retrouve non seulement les signes radiculaires mentionnés, mais également une myélopathie cervicale. Ces patients se singularisent typiquement par une ataxie de la marche liée à une affection du cordon postérieur de la moelle épinière, ils se plaignent d'un engourdissement et d'une maladresse des mains, et ils présentent des signes pyramidaux pathologiques et des troubles de la vidange vésicale.

## Radiculopathies lombaires

### Causes et corrélat physiopathologique

Les hernies discales comptent parmi les causes les plus fréquentes de radiculopathies lombaires. Les hernies discales paramédianes (la forme la plus fréquente) entraînent une compression de la racine nerveuse traversant en bas, au niveau du récessus latéral du canal rachidien. En cas de hernie discale latérale, foraminale ou extra-foraminale, la racine nerveuse supérieure (sortante) est touchée. Le plus souvent, le tableau clinique renseigne suffisamment sur la racine nerveuse touchée. Par ailleurs, les sténoses du canal rachidien et les sténoses foraminales provoquent également des syndromes radiculaires. Dans ce cas, des altérations ostéochondritiques et spondylotiques dégénératives entraînent un rétrécissement du canal rachidien. Un peu plus rarement, des tumeurs rachidiennes (avant tout méningiomes et schwannomes) ou des processus inflammatoires, comme par ex. une spondylodiscite, sont la cause des radiculopathies lombaires. En cas d'ostéoporose connue ou après un traumatisme, il convient aussi toujours de songer à des fractures vertébrales dans le cadre du diagnostic différentiel. Comme pour les radiculopathies cervicales, l'anamnèse est ici aussi déterminante et en cas de signaux d'alerte («red

flags») positifs, des examens correspondants doivent être initiés pour pouvoir poser le diagnostic ou exclure des pathologies graves.

### Tableau clinique

Les radiculopathies lombaires, au même titre que les lombosciatiques ou les lombocruralgies, débutent typiquement par un «tour de reins» (lumbago) consécutif à un traumatisme dû au port de charges. Si une lésion discale avec rupture de l'anneau fibreux en est à l'origine et si une protrusion ou hernie discale se forme, des douleurs lancinantes dans les jambes s'ensuivent souvent. Ces dernières sont le plus souvent des douleurs aiguës liées au mouvement et à l'effort, qui tirent leur origine au niveau lombaire et se propagent typiquement le long de la jambe du côté touché. La localisation de la douleur est alors bien circonscrite et est définie par le dermatome correspondant à la racine nerveuse touchée (tab. 2). Les racines nerveuses L5 et S1 sont le plus souvent touchées en cas de hernies discales.

En fonction de la cause de la radiculopathie lombaire, les douleurs dans les jambes s'accompagnent de lombalgies plus ou moins prononcées. En règle générale, les douleurs dans les jambes sont toutefois perçues subjectivement par le patient comme étant beaucoup plus intenses que la lombalgie. Outre les douleurs radiculaires, les patients présentent le plus souvent aussi des pertes de sensibilité pouvant aller jusqu'à une anesthésie du territoire d'innervation de la racine nerveuse ou des racines nerveuses concernées. Les réflexes ostéotendineux correspondants sont aussi typiquement diminués voire abolis. Habituellement, des déficits moteurs ont plutôt tendance à survenir à un stade plus tardif, mais ils peuvent se développer relativement vite, allant d'une parésie légère à une paralysie complète des groupes musculaires touchés.

### Examens en cas de radiculopathies cervicales et lombaires

L'anamnèse et l'examen physique constituent la base pour définir les étapes diagnostiques et thérapeutiques ultérieures. Déjà à ce moment-là, il est nécessaire de reconnaître l'urgence de la maladie, d'effectuer un triage adéquat et d'initier les mesures ultérieures appropriées (fig. 3).

### Diagnostic radiologique

En raison de la très bonne différenciation des tissus mous, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) représente l'examen radiologique de choix (fig. 4). Une IRM est indiquée en cas de suspicion de myélopathie cervicale ou de processus tumoral ou infectieux sous-jacent, ainsi qu'en cas de déficits neurologiques progressifs. Les patients avec cervico-brachialgie clinique qui ne présentent pas d'amélioration après 4 à 6 semaines de traitement conservateur doivent aussi faire l'objet d'une IRM.

La radiographie conventionnelle en position debout du rachis cervical ou lombaire en deux plans sert en premier lieu à évaluer l'architecture globale de la colonne vertébrale et la position des vertèbres. Les clichés en flexion et en extension (clichés fonctionnels) renseignent en outre sur une éventuelle instabilité ou hypermobilité.

La tomodensitométrie (TDM) fournit des informations sur la situation osseuse. Il s'agit d'un examen très précieux pour l'évaluation de spondylophytes et en cas de suspicion d'ossification du ligament longitudinal postérieur («ossification of the posterior longitudinal ligament» [OPLL]) au niveau du rachis cervical. Chez les patients présentant des contre-indications à l'IRM, la myélo-TDM avec administration intrathécale de pro-

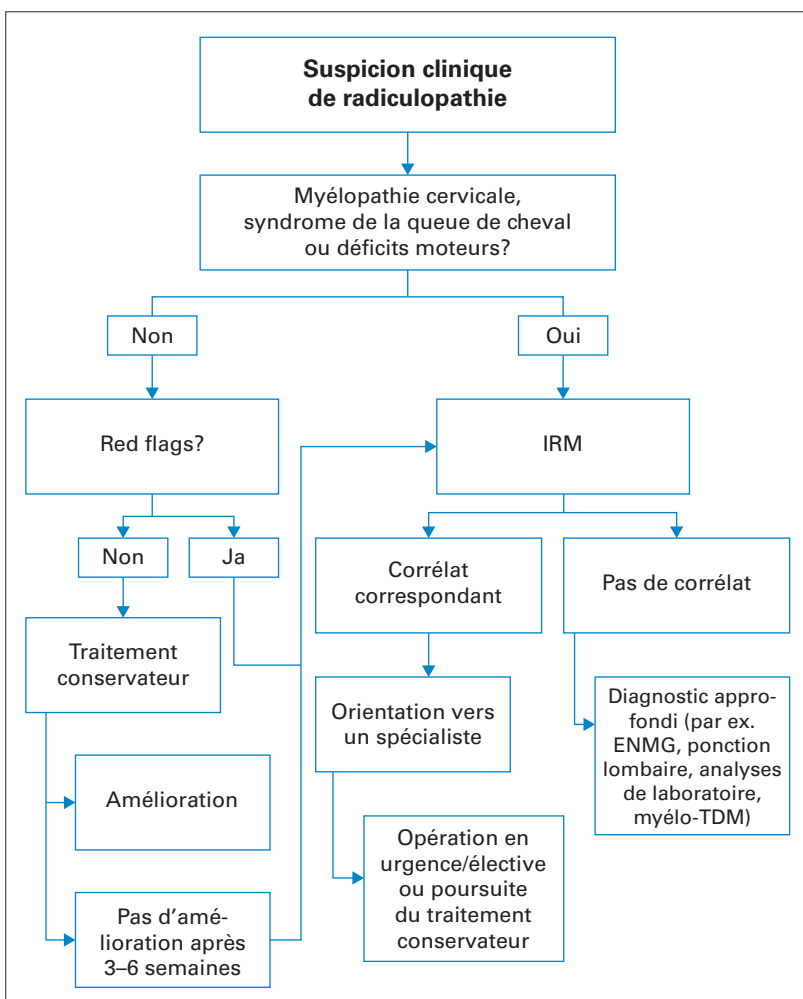
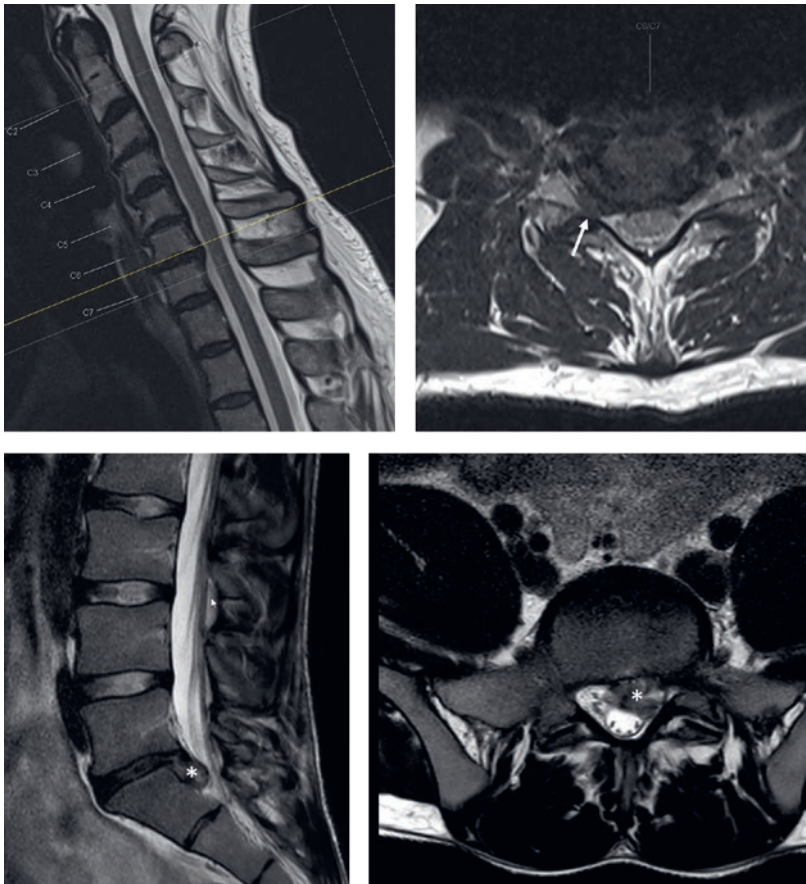


Figure 3: Exemple d'algorithme pour la marche à suivre diagnostique et thérapeutique en cas de radiculopathies.



**Figure 4:** IRM pondérée en T2 du rachis cervical (rangée supérieure) et du rachis lombaire (rangée inférieure). Au niveau du rachis cervical, on constate une sténose intra-foraminale à hauteur de C6/7 à droite (flèche blanche) avec compression de la racine nerveuse C7 à droite. Dans la rangée inférieure, on distingue une volumineuse hernie discale paramédiane séquestrée en direction caudale en L5/S1 à gauche (\*) avec compression de la racine nerveuse S1 à gauche dans le récessus latéral.

duit de contraste constitue une alternative valable pour évaluer une lésion par compression nerveuse. Il arrive qu'une compression d'une racine nerveuse pré- et/ou intra-foraminale puisse mieux être évaluée au moyen de la myélo-TDM que de l'IRM.

### Électrophysiologie

Lorsque l'anamnèse et l'examen neurologique ne concordent pas suffisamment avec les résultats radiologiques et que le diagnostic de radiculopathie cervicale ou lombaire ne peut pas être clairement posé, un examen électrophysiologique peut s'avérer pertinent. Si l'origine des douleurs de la nuque et des bras ou des douleurs du dos et des jambes reste indéterminée, l'électromyographie (EMG) et l'électroneurographie (ENG) aident souvent à localiser de manière plus précise le site de la lésion (radiculopathie, lésion du plexus, neuropathie périphérique). Ces examens peuvent aussi parfois permettre de confirmer ou d'infirmer une indication chirurgicale.

## Traitement

### Mesures conservatrices

En l'absence de déficits neurologiques importants et de signaux d'alerte («red flags») indiquant des pathologies graves (par ex. tumeurs ou abcès), il convient de viser en premier lieu un traitement conservateur. Les objectifs du traitement des radiculopathies cervicales et lombaires sont le soulagement des douleurs, l'amélioration de la fonction neurologique et la prévention des récives. En fonction des publications, des taux de succès du traitement conservateur de la radiculopathie cervicale atteignant jusqu'à 90% sont rapportés [3].

Durant la phase douloureuse aiguë, selon le tableau clinique, le repos au lit pendant quelques jours est efficace. En parallèle, la première mesure thérapeutique conservatrice est la plupart du temps une analgésie selon le schéma par paliers de l'OMS (palier I = analgésiques non opioïdes tels que le paracétamol et les AINS; palier II = palier I + analgésiques opioïdes faibles tels que le tramadol ou la codéine; palier III = palier I + analgésiques opioïdes forts tels que la morphine ou les dérivés morphiniques). A cet égard, il convient de souligner que les opioïdes ne devraient être employés qu'à court terme pendant la phase douloureuse aiguë, car ils sont associés à un risque élevé de dépendance. L'information du patient par le médecin traitant est particulièrement importante dans ce cadre.

En cas de radiculopathie aiguë, un traitement d'attaque de courte durée par corticostéroïdes (par ex. 100 mg de prednisone par jour avec une réduction de 25 mg par jour pendant 4 jours ou 8 mg de dexaméthasone par jour pendant 3-5 jours) peut entraîner une réduction considérable de la douleur. La prégabaline, souvent prescrite en cas de douleurs neuropathiques chroniques, ne semble en revanche pas être efficace en cas de lombosciatique aiguë ou chronique, comme l'a démontré une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* en 2017 [4].

Le rôle des infiltrations épidurales de corticostéroïdes et les preuves de leur bénéfice restent jusqu'à présent incertains et sujets à controverse, aussi bien pour les radiculopathies cervicales que lombaires. Les infiltrations épidurales transforaminales guidées par échographie, radiographie ou TDM dans la région du rachis cervical ou lombaire peuvent toutefois être précieuses à la fois sur le plan diagnostique (action de l'anesthésique local avec effet immédiat mais de courte durée) et thérapeutique (action des glucocorticoïdes avec effet retardé mais potentiellement de longue durée). Bien que ces complications soient extrêmement rares, les patients doivent être informés des risques potentiels, tels qu'infections et séquelles neurologiques graves en

cas d'ischémie de la moelle épinière ou du tronc cérébral. En cas de sténoses foraminales multi-étagées, une infiltration péri-radulaire diagnostique sélective, au sens d'un diagnostic pas-à-pas, peut être employée afin d'identifier la hauteur symptomatique pertinente sur le plan clinique.

Après le déclin de la phase douloureuse aiguë et si des déficits neurologiques importants ne sont toujours pas présents, une physiothérapie doit être proposée aux patients atteints de radiculopathie cervicale ou lombaire. Dans ce cadre, les patients sont initiés aux règles d'hygiène du dos, des exercices isométriques visant à renforcer les muscles paravertébraux et à favoriser la stabilité du tronc sont pratiqués et un programme à réaliser à la maison doit être appris. En cas de sténoses foraminales cervicales, une traction cervicale et la pose temporaire d'un collier cervical correspondant peuvent soulager la douleur radulaire.

Les facteurs de risque modifiables, tels que le tabagisme, le surpoids, les mauvaises postures chroniques et les sollicitations excessives de la colonne vertébrale sur le lieu de travail ou pendant le temps libre, ainsi que la condition physique individuelle, devraient être abordés. L'optimisation de ces facteurs est en fin de compte également déterminante pour le succès du traitement conservateur.

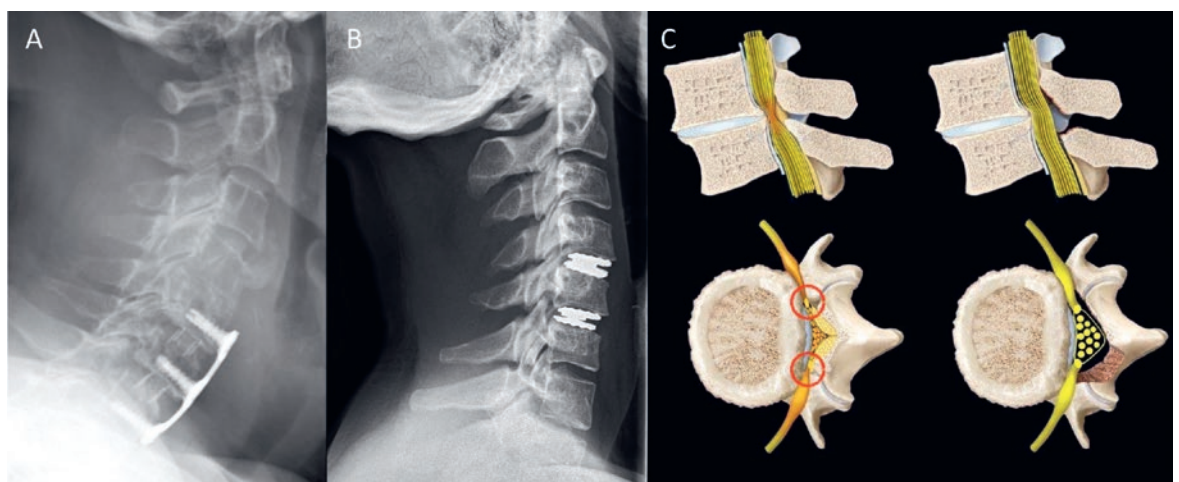
Dans la littérature, un risque cumulatif de radiculopathies lombaires récidivantes à 1 an et à 3 ans après le traitement conservateur de respectivement 23 et 51% est mentionné, avec un risque moins élevé chez les patients qui présentent une régression complète et précoce des douleurs (respectivement 16 et 41%) [5].

### Procédures de chirurgie rachidienne

Chez jusqu'à un quart des patients, les mesures thérapeutiques conservatrices échouent. Typiquement, la décompression microchirurgicale est recommandée en cas de résultat radiologique univoque accompagné de symptômes et d'anomalies cliniques correspondants. La plupart du temps, l'échec d'un traitement conservateur poursuivi pendant au moins 6 semaines, une souffrance correspondante et le souhait du patient de se faire opérer constituent également des prérequis à la chirurgie. Contrairement à cette indication opératoire élective, en cas de myélocompression prononcée et de déficits neurologiques importants, la décompression doit être réalisée le plus tôt possible afin d'éviter des déficits neurologiques permanents et potentiellement irréversibles. En fonction du résultat pathologique et de la localisation au sein du canal rachidien, il existe des techniques chirurgicales et des accès différents (fig. 5). Pour chacune de ces opérations, les risques et les perspectives de succès doivent être soupesés et être exposés de façon exhaustive et compréhensible au patient.

En cas de radiculopathies cervicales avec corrélat radiologique concordant (par ex. hernie discale, sténose foraminale ostéo-ligamentaire), une microdiscectomie cervicale antérieure et fusion (DCAF), avec un implant intravertébral (cage) et, parfois, avec une implantation de plaque antérieure, est typiquement proposée au patient. Dans la littérature, des taux de succès à long terme allant jusqu'à 90% sont mentionnés.

Via le même accès par l'avant, l'implantation d'une prothèse discale représente une alternative, qui est à



**Figure 5:** Différentes procédures chirurgicales au niveau du rachis cervical. **A:** Radiographie conventionnelle latérale du rachis cervical après une discectomie cervicale antérieure et fusion avec pose d'une plaque en C5-7. **B:** Discectomie cervicale antérieure et implantation de deux prothèses discales en C4/5 et C5/6. **C:** Représentation schématique d'une sténose centrale lombaire du canal rachidien avec sténose du récessus bilatérale (encadrée en rouge) avant (à gauche) et après (à droite) une décompression bilatérale via une laminotomie unilatérale (© Clinique universitaire de neurochirurgie, Inselspital, Berne).

Correspondance:  
Dr méd. Ralph T. Schär  
Universitätsklinik  
für Neurochirurgie  
Inselspital  
Freiburgstrasse 18  
CH-3010 Bern  
Ralph.Schaer[at]insel.ch

privilégier chez les patients jeunes qui ne présentent que peu de lésions dégénératives. Une méta-analyse récemment publiée a montré une efficacité de la prothèse discale cervicale équivalente à celle de la DCAF pendant jusqu'à 7 ans après l'opération [6]. En outre, un risque plus faible de dégénérescences consécutives a été montré pour la prothèse.

En cas de rétrécissement intra-foraminal exclusif induit par un séquestre ou une sténose foraminale, une laminoforaminotomie cervicale postérieure avec accès par l'arrière est appropriée. Cette méthode présente l'avantage de ne pas nécessiter d'instrumentation vertébrale ou de spondylodèse dans la plupart des cas. L'accès peut également se faire par voie mini-invasive transmusculaire, ce qui entraîne considérablement moins de douleurs cervicales postopératoires par rapport à un accès ouvert depuis la ligne médiane. Avec cette méthode également, la douleur s'améliore considérablement chez jusqu'à 90% des patients.

La procédure chirurgicale de choix en cas de hernies discales lombaires consiste en une fenestration interlaminaire et séquestrectomie microchirurgicales. Un taux de récurrences à 2 ans de 10–12% est mentionné dans la littérature [7]. Si une sténose du canal rachidien, avant tout avec un rétrécissement du récessus, est res-

ponsable de la radiculopathie lombaire, il est dans la plupart des cas suffisant de procéder à une décompression microchirurgicale via une fenestration interlaminaire et récessotomie par ablation des parties médiales des articulations facettaires le plus souvent hypertrophiées (fig. 5c).

## Perspectives

Parallèlement au vieillissement croissant de la population, la prévalence des maladies dégénératives de la colonne vertébrale augmente naturellement aussi. Dans ce contexte, le médecin de famille joue un rôle très important. La plupart des patients ne doivent pas être adressés à un spécialiste et peuvent être traités avec succès au moyen d'une approche conservatrice. Dans ce cadre, la prise en charge rapprochée et l'information du patient ainsi que l'optimisation des facteurs de risque modifiables constituent une tâche essentielle et déterminante de la médecine de premier recours.

## Remerciements

Nous adressons tous nos remerciements à Madame Anja Giger, illustratrice médicale, pour la création des illustrations, au Dr Marco Kläy, FMH médecine interne générale, pour la relecture critique du manuscrit et ses remarques constructives, ainsi qu'à l'équipe de l'institut universitaire de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle pour la mise à disposition des images neuroradiologiques.

## Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en lien avec cet article.

## Références

- 1 Tarulli AW, Raynor EM. Lumbosacral radiculopathy. *Neurol Clin.* 2007;25:387–405.
- 2 Crette S, Fehlings MG. Clinical practice. Cervical radiculopathy. *N Engl J Med.* 2005;353:392–9.
- 3 Woods BI, Hilibrand AS. Cervical radiculopathy: epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment. *J Spinal Disord Tech.* 2015;28:E251–9.
- 4 Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, et al. Trial of pregabalin for acute and chronic sciatica. *N Engl J Med.* 2017;376:1111–20.
- 5 Suri P, Pearson AM, Zhao W, et al. Pain recurrence after discectomy for symptomatic lumbar disc herniation. *Spine.* 2017;42:755–63.
- 6 Findlay C, Ayis S, Demetriades AK. Total disc replacement versus anterior cervical discectomy and fusion. *Bone Joint J.* 2018;100–B:991–1001.
- 7 Barth M, Weiss C, Thome C. Two-year outcome after lumbar microdiscectomy versus microscopic sequestrectomy: part 1: evaluation of clinical outcome. *Spine.* 2008;33:265–72.

## L'essentiel pour la pratique

- Les radiculopathies cervicales et lombaires sont relativement fréquentes et le plus souvent d'origine dégénérative.
- En l'absence de signaux d'alerte («*red flags*») et de déficits neurologiques importants, un traitement conservateur symptomatique peut en premier lieu être mis en œuvre, car une régression considérable des symptômes au fil du temps s'observe chez jusqu'à 90% de tous les patients.
- En l'absence d'amélioration en l'espace de 6 semaines, les patients doivent faire l'objet d'une évaluation diagnostique par IRM et, en cas de résultat correspondant, ils doivent être présentés à un neurochirurgien ou à un chirurgien orthopédiste du rachis.
- Lorsque l'indication a bien été posée, les décompressions microchirurgicales sont très efficaces également à long terme dans jusqu'à 80–90% des cas.