

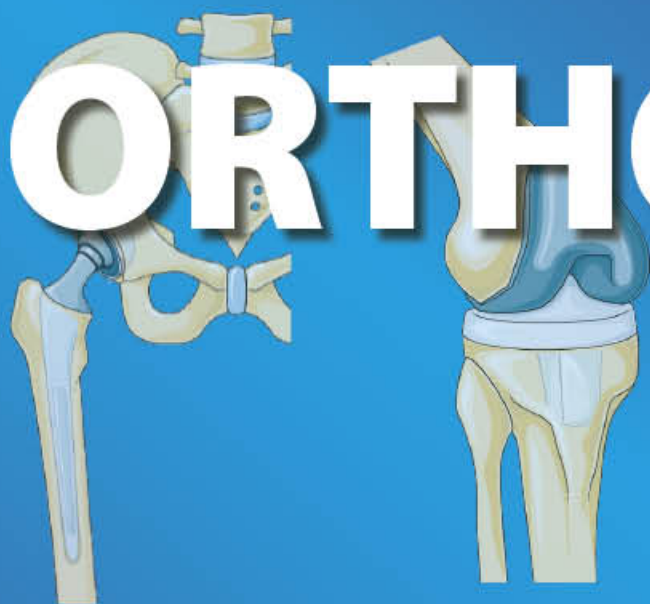
Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

ENNA LE BRAS




LA MARTINGALE*

EDN

ORTHOPÉDIE



ENTRAÎNEMENT

-  250 questions en QI et dossiers progressifs
-  Avec les modalités docimologiques : QRU, QRM, QROC, KFP...
-  Corrections détaillées : explications, pièges et astuces

ellipses

Dossier progressif n° 1

Monsieur X, 37 ans, vous consulte le 17 septembre en fin de journée dans votre cabinet de médecine générale.

Il est charpentier salarié dans une entreprise, est marié et a 2 enfants de 2 et 5 ans.

Il n'a pas d'antécédent en dehors d'une fracture de jambe au cours d'un AVP lorsqu'il avait 17 ans dont il ne garde comme séquelles que des douleurs occasionnelles, qu'il traite lui-même par AINS.

Il boit un apéritif le soir et du vin au repas, fume un demi-paquet de cigarettes par jour.

Il vient vous voir ce jour pour des douleurs dans la jambe gauche, apparues dans les suites d'un effort au travail, lorsqu'il a voulu porter une caisse assez lourde.

La douleur part du bas du dos et suit un trajet le long de la face postérieure de sa cuisse, face postérieure de jambe pour arriver au niveau des derniers orteils.

■ **KFP 1 : Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous paraît/sent pertinent(s) à rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique ? Choisissez-en jusqu'à 6.**

- A. Abolition du réflexe achilléen
- B. Intertrigo inter-orteils
- C. Diminution du tonus sphinctérien anal au toucher rectal
- D. Souffle carotidien
- E. Rythme cardiaque irrégulier
- F. Déficit moteur du tibial postérieur
- G. Déficit sensitif de la face postérieure de cuisse
- H. Déficit sensitif de la région périnéale
- I. Signe de Babinski

Vous faites préciser à l'interrogatoire le trajet précis de cette douleur. Le patient vous décrit donc une douleur partant du bas du dos, passant par la fesse, la face postérieure de cuisse et de genou, puis passant sur la face latérale de jambe et se terminant dans les derniers orteils gauches.

À l'examen clinique, vous constatez un déficit sensitif de ce même territoire, tant au toucher simple qu'à la stimulation douloureuse.

Le réflexe patellaire est normal, vous ne retrouvez pas de réflexe achilléen.

■ **QRM 2 : Parmi les propositions suivantes, la/le(s)quelle(s) peu(ven)t expliquer le tableau clinique de votre patient ?**

- A. Hernie discale foraminale gauche L5-S1
- B. Hernie discale paramédiane gauche L5-S1
- C. Hernie discale paramédiane gauche L4-L5
- D. Hernie discale foraminale gauche L3-L4
- E. Hernie discale foraminale droite L3-L4

Vous avez donc devant vous votre patient, présentant vraisemblablement une lomboradiculalgie aiguë de trajet S1.

■ **QRM 3 : Parmi les propositions suivantes, la/le(s)quelle(s) vous ferai(en)t prendre un avis chirurgical en urgence ?**

- A. Déficit sensitif
- B. Déficit moteur à 2/5
- C. Anesthésie en selle
- D. Douleur intense résistante à un traitement antalgique bien mené
- E. Incontinence fécale

Vous n'avez identifié chez votre patient aucun signe de gravité.

■ **QRM 4 : Parmi les examens suivants, le/le(s)quel(s) réalisez-vous ?**

- A. IRM rachidienne
- B. Radiographie du rachis lombaire face + profil
- C. Sacco-radiculographie
- D. Scanner rachidien
- E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Vous n'avez réalisé chez votre patient aucun examen complémentaire.

■ **QRM 5 : Parmi les propositions suivantes, la/le(s)quelle(s) s'intègre(nt) dans votre prise en charge ?**

- A. Antalgiques de paliers I et II
- B. Repos au lit strict avec arrêt de travail
- C. Port d'une ceinture lombaire jour et nuit pendant 6 semaines
- D. Séances de kinésithérapie après régression de la douleur
- E. Antalgique par gabapentine ou prégabaline

Vous avez laissé votre patient rentrer au domicile avec une prescription d'antalgiques, un arrêt de travail, et comme consigne de reconsulter en cas de persistance ou aggravation des douleurs, ou d'apparition de symptômes nouveaux.

Vous le retrouvez 5 jours plus tard, au service d'accueil des urgences de votre CHU où vous êtes de garde. Lorsque vous l'installez dans le box, il est 20 heures.

Il est amené par sa femme car depuis 17 h 30, il n'est plus capable de marcher ni de tenir debout. Cette dernière rapporte également qu'il a perdu ses urines sur le canapé sans s'en rendre compte, et que c'est elle qui l'a remarqué et a dû le changer.

À l'examen clinique, votre patient n'est plus douloureux.

L'examen musculaire retrouve une force cotée à 5/5 au quadriceps, 4/5 au tibial antérieur et 0/5 au niveau du tibial postérieur.

Le réflexe patellaire est retrouvé, le réflexe achilléen est absent. Il n'y a pas de signe de Babinski.

Vous retrouvez une anesthésie en selle à l'examen périnéal. Au toucher rectal, une hypotonie anale.

- **QROC 6 : Devant ce tableau, quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?**
- **QRM 7 : Que faites-vous ?**
 - A. Scanner du rachis lombaire
 - B. Appel du neurochirurgien de garde
 - C. Radiographies du rachis lombaire face + profil
 - D. Mise à jeun
 - E. Retour à domicile avec majoration des antalgiques

Correction du dossier progressif n° 1

■ KFP 1

Correction : ACFGHI

- A. Abolition du réflexe achilléen
- B. Intertrigo inter-orteils
- C. Diminution du tonus sphinctérien anal au toucher rectal
- D. Souffle carotidien
- E. Rythme cardiaque irrégulier
- F. Déficit moteur du tibial postérieur
- G. Déficit sensitif de la face postérieure de cuisse
- H. Déficit sensitif de la région périnéale
- I. Signe de Babinski

Nous nous situons ici face à une situation clinique extrêmement fréquente en médecine générale : la lombalgie aiguë, +/- accompagnée de radiculalgie.

Il est fondamental ici de rechercher :

- Des signes orientant vers un **syndrome de la queue de cheval**, véritable urgence diagnostique et thérapeutique : diminution du tonus sphinctérien anal, déficit sensitif périnéal (*la fameuse anesthésie en selle*), troubles sphinctériens
- Des signes permettant d'orienter le **diagnostic topographique** : abolition du réflexe achilléen (qui nous oriente vers une compression de la racine S1), déficit sensitif du territoire concerné, déficit moteur du tibial postérieur, signe de Babinski (qui doit être absent !!)

B. Faux. L'intertrigo inter-orteils est une porte ouverte à de nombreux germes, notamment le streptocoque, célèbre responsable de l'érysipèle.

On pourrait imaginer qu'une spondylodiscite comprime la racine chez notre patient, mais le mode d'apparition, d'évolution et le terrain n'étant pas évocateurs, ce n'est pas l'élément prioritaire à rechercher ici.

D et E. Faux. Le souffle carotidien qui indiquerait une maladie athéromateuse et le rythme cardiaque irrégulier en faveur d'une possible fibrillation atriale, ne sont pas des éléments primordiaux à rechercher ici. Une atteinte vasculaire du système nerveux par un mécanisme thrombotique ou thromboembolique surviendrait plutôt en dehors d'un contexte d'effort de poussée, avec une **atteinte centrale** généralement complète avec déficit moteur et sensitif.



Astuce du chirurgien

Les troubles sphinctériens font partie des éléments clés à rechercher dans cette situation, mais ne sont souvent pas spontanément rapportés par les patients !

Il est indispensable d'y penser et de demander simplement aux patients « sentez-vous bien les urines passer lorsque vous urinez ? » ou « avez-vous eu des problèmes pour aller à la selle récemment ? »

■ QRM 2

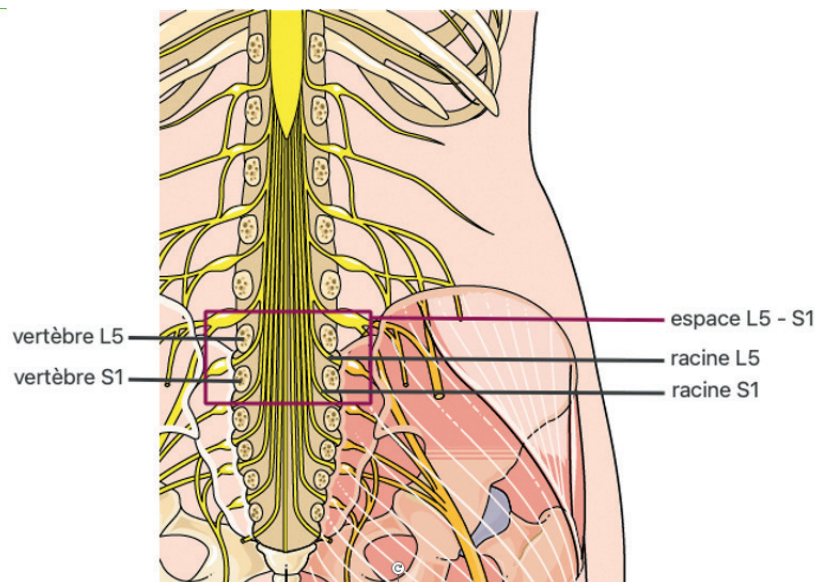
▶ Correction : B

- A. Hernie discale foraminale gauche L5-S1
- B. Hernie discale paramédiane gauche L5-S1
- C. Hernie discale paramédiane gauche L4-L5
- D. Hernie discale foraminale gauche L3-L4
- E. Hernie discale foraminale droite L3-L4

L'anatomie est un fondamental pour comprendre et retenir cette question ! (Rang A)

Au niveau lombaire, il y a autant de racines que de vertèbres, la racine nerveuse sort donc **en dessous** de la vertèbre correspondante.

Comme tu peux le constater sur ce schéma, la racine L5 sort donc en dessous de L5, au sein du foramen intervertébral L5-S1.

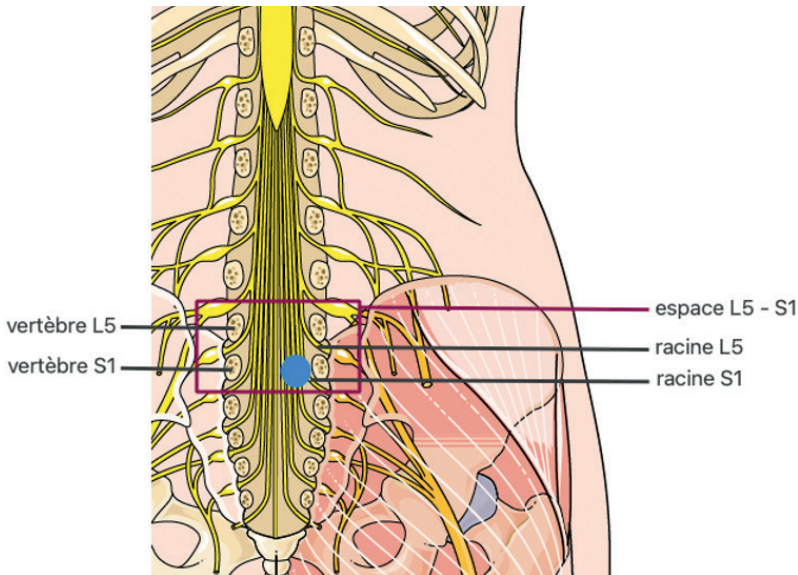
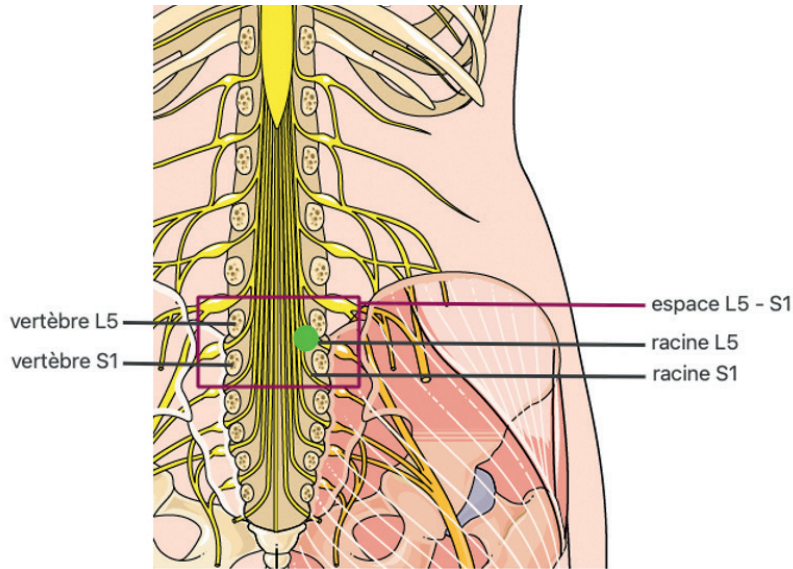


De ce fait, si notre patient a une hernie **foraminale** (donc faisant saillie dans le foramen intervertébral), elle viendra comprimer la racine **sus-jacente** à l'espace intervertébral.

Sur notre schéma, la hernie de l'espace L5-S1, foraminale en **vert**, vient comprimer la racine L5.

À l'inverse, si notre patient a une hernie **paramédiane**, elle viendra comprimer la racine **sous-jacente** à l'espace intervertébral, c'est-à-dire celle qui sortira dans l'espace intervertébral de l'étage d'en dessous !

Sur notre schéma, la hernie de l'espace L5-S1, paramédiane en **bleu**, vient comprimer la racine S1.



Pour savoir quel type de hernie peut avoir notre patient, il faut se fier à la clinique.

Il présente ici une douleur suivant typiquement un trajet S1 et une abolition du réflexe achilléen correspondant également à une atteinte S1.

Pour que la racine S1 soit comprimée, nous avons donc deux possibilités :

- une hernie discale foraminale S1-S2
- une hernie discale paramédiane gauche L5-S1



Astuce du chirurgien

Pour avoir le fin mot de l'histoire, seule l'imagerie pourra nous aider. Il n'est pas possible de distinguer les deux par l'examen clinique.

■ QRM 3

▶ Correction : BCDE

- A. Déficit sensitif
- B. Déficit moteur à 2/5
- C. Anesthésie en selle
- D. Douleur intense résistante à un traitement antalgique bien mené
- E. Incontinence fécale

Devant une lomboradiculalgie aiguë, 3 éléments doivent te faire prendre un avis chirurgical en urgence. Ce sont les suivants (Rang A) :

- **Déficit moteur inférieur ou égal à 3/5** sur la cotation MRC, c'est-à-dire dès que ton patient n'est plus capable de contracter le muscle testé contre résistance, c'est ce qu'on appelle couramment la « sciatique paralysante »
- **Syndrome de la queue de cheval**, qui est une urgence absolue
- **L'hyperalgie**, définie par la non-réponse à des antalgiques de palier III



▶ Astuce du chirurgien

Le déficit moteur fait partie des signes de gravité d'une atteinte radiculaire, et en informer le patient est fondamental !

En effet, il n'est pas rare qu'un patient initialement douloureux et non déficitaire appelle régulièrement et te sollicite du fait de la douleur, puis arrête soudainement car la douleur a disparu. C'est souvent **à ce moment qu'apparaît le déficit** ! Le patient peut ne pas le remarquer tout de suite, ou ne pas y prêter grande attention, tant il sera content de ne plus avoir mal.

■ QRM 4

▶ Correction : E

- A. IRM rachidienne
- B. Radiographie du rachis lombaire face + profil
- C. Sacco-radiculographie
- D. Scanner rachidien
- E. Toutes les propositions précédentes sont inexactes

Devant ce tableau de lomboradiculalgie aiguë commune de trajet S1 non compliqué, tu ne dois réaliser **aucun examen complémentaire** ! (Rang A)

L'évolution est habituellement spontanément favorable sous traitement antalgique, la réalisation d'un examen d'imagerie ne fera que stresser le patient et lui faire perdre du temps.

On n'envisage de réaliser une imagerie que dans certains cas, à savoir :

- Si l'on suspecte une lomboradiculalgie **symptomatique**, c'est-à-dire secondaire à une étiologie autre que la hernie discale, l'atteinte articulaire postérieure ou le rétrécissement canalaire
- Si l'on envisage un **acte invasif** chez un patient restant douloureux à moyen ou long terme malgré un traitement adapté

■ QRM 5

Correction : AD (Rang A)

- A. Antalgiques de palier I et II
- B. Repos au lit strict avec arrêt de travail
- C. Port d'une ceinture lombaire jour et nuit pendant 6 semaines
- D. Séances de kinésithérapie après régression de la douleur
- E. Antalgie par gabapentine ou prégabaline

A. Vrai. La prise en charge d'une lomboradiculalgie aiguë commune est surtout axée sur le traitement antalgique. Il comprend des antalgiques oraux de palier I ou II, des AINS en l'absence de contre-indications (*attention chez le sujet âgé !*), voire des décontractants musculaires pendant quelques jours.

B. Faux. MZ. Le repos strict au lit est à proscrire ! Au contraire, le patient doit rester actif dans la mesure du possible en respectant sa douleur. Un arrêt de travail peut par contre être de mise, surtout chez notre patient charpentier.

C. Faux. On peut adjoindre à notre prescription des mesures complémentaires comme l'adjonction de chaleur ou le port d'une ceinture lombaire, mais celle-ci doit être une mesure d'appoint et ne doit en aucun cas être portée jour et nuit sur une période prolongée.

D. Vrai. La kinésithérapie n'a que peu de bénéfices en phase très aiguë lorsque le patient est encore douloureux. Elle prend par contre tout son sens une fois que cette dernière a régressé, avec un travail de proprioception et de renforcement musculaire, réduisant drastiquement le risque de récurrence.

E. Faux. La gabapentine et la prégabaline sont les traitements recommandés, respectivement en première et deuxième intention, pour les douleurs **neuropathiques**. Ces dernières peuvent être retrouvées en cas de compression médullaire non traumatique évoluant au long cours mais rien ne nous oriente ici vers ce cadre nosologique. On privilégiera les antalgiques « classiques ».

■ QROC 6

Correction : Syndrome de la queue de cheval

Devant un tel tableau clinique, un diagnostic doit faire tilt dans ta tête, c'est **le syndrome de la queue de cheval !**

C'est une **urgence diagnostique et thérapeutique** que tu n'as pas le droit de rater car le temps de prise en charge conditionne le pronostic. Il comprend une atteinte des membres inférieurs et du périnée.

Il peut parfois être difficile de le distinguer d'une autre entité qu'est le **syndrome du cône terminal**. (Rang B)

Le syndrome du cône terminal est dû à une compression du cône médullaire en regard de la terminaison médullaire, habituellement situé entre L1 et L2. C'est donc une atteinte **centrale** à la différence du syndrome de la queue de cheval qui est une atteinte **périphérique**.

La symptomatologie de ces deux syndromes peut parfois sembler similaire : déficit moteur et/ou sensitif des membres inférieurs, troubles vésico-sphinctériens...