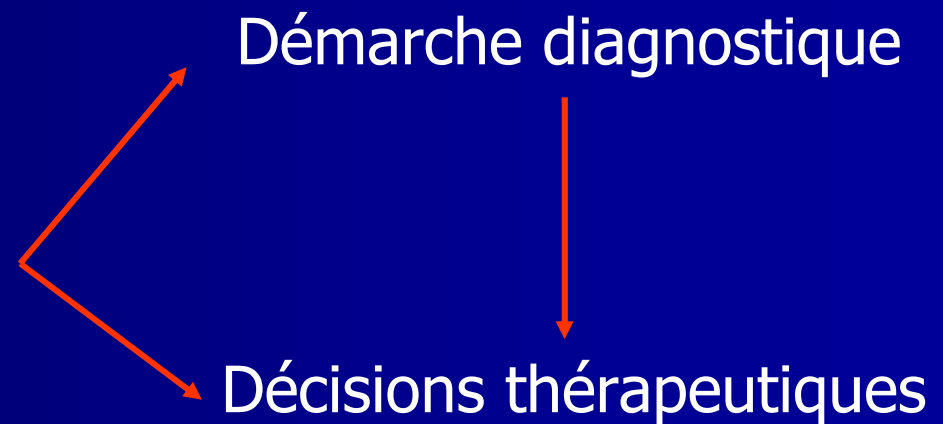


Evaluation clinique d'un patient souffrant d'une lombalgie et/ou d'une radiculopathie persistante ou récidivante malgré une ou plusieurs interventions (définition du F.B.S.S.)

L'examen clinique est un élément essentiel



PREMIERE SELECTION

- Lombalgie pure ou prédominante

OU

- Radiculopathie persistante ou récidivante
avec ou sans lombalgie

Lombalgie post-opératoire (invalidante, non infectieuse)

Sensibilisation
périphérique



Imagerie (Modic I)



Arthrodèse
Prothèse discale

Sensibilisation
Centrale



Facteurs psycho-sociaux



Réhabilitation
multidisciplinaire

L'orientation thérapeutique dépend d'une analyse soignée des paramètres cliniques et radiologiques

Radiculalgie persistante ou récidivante

- Eliminer
 - Douleurs projetées
 - Douleurs tendino-musculaires
- L'objectif : reconnaître s'il existe ou non une cause mécanique nociceptive éventuellement curable par une nouvelle intervention ou s'il s'agit d'une douleur «neuropathique »

INTERROGATOIRE

- Souvent long et compliqué
- Importance d'une écoute attentive et d'une bonne relation médecin-malade
- Analyse de l'histoire clinique depuis son origine en même temps que l'on regardera un dossier radiologique souvent épais

Notion d'intervalle libre sans douleur radiculaire après l'intervention

- **Aucun**
 - Décompression inadéquate
 - Erreur d'étage
 - Erreur de diagnostic
- **> 6 mois**
 - Nouvel agent compressif (discal et/ou osseux)
- **Entre 1 et 6 mois :**
 - Rechute progressive des mêmes douleurs : lésion intrinsèque du nerf +/- tissu cicatriciel

Caractères de la douleur radiculaire

- Mécanique (nociceptive)
 - D'horaire variable
 - Soulagée par le repos
 - Aggravée par l'activité
- Neuropathique (par désafférentation)
 - Douleur continue à type de brûlures
 - Episodes paroxystiques (décharges électriques)
 - Diffusion de la douleur en dehors du territoire radiculaire
 - Zone limitée d'anesthésie entourée d'une région hyperesthésique

EVALUATION DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

■ Psychologiques

- Dépression, anxiété, hypochondrie
- Comportement anormal obsessionnel du patient vis-à-vis de son état relevant d'une prise en charge cognitive et éducative

■ Sociaux

- Problèmes liés au travail
- Problèmes de compensation, A.T.
- Bénéfices secondaires

EXAMEN CLINIQUE

- Examen du rachis
 - Raideur
 - Douleurs provoquées en flexion ou en extension
- Recherche des signes de tension radiculaire (Lasègue)
- Existence d'un déficit neurologique
 - Nouveau post-opératoire
 - Ancien et identique
- Recherche de signes physiques non organiques

AU TERME DE CET EXAMEN

Radiculopathie « Nociceptive »

- Rechute discale
 - Intervalle libre net
 - Signes rachidiens
 - Lasègue +
- Compression osseuse
 - Claudication neurogène
 - Radiculalgie d'effort
 - Douleur nocturne
 - Lasègue -
- L'on attend la confirmation par l'examen d'imagerie pouvant conduire à une éventuelle réintervention et en tout cas guidant le traitement conservateur

AU TERME DE L'EXAMEN

« Douleur neurogène »

- Malades multiopérés : «the battered root »
- Caractères de la douleur pouvant traduire une désafférentation
- Absence de symptômes et de signes cliniques de compression
- Intervalle libre court après l'intervention (pas de lésion compressive ± fibrose)
- Si le diagnostic est confirmé par l'imagerie (pas de lésion compressive ± fibrose) et l'électrophysiologie l'orientation thérapeutique sera : anti-épileptiques, neuro-stimulation, approche multidisciplinaire

L'évaluation clinique aura chiffré le nombre d'interventions antérieures

- Une seconde opération comporte 50 % de risque d'échec
- Au-delà de deux interventions les risques d'aggravation et d'un FBSS sont élevés (Frymoyer JBJS, 1989)

L'analyse des signes cliniques et des documents radiologiques antérieurs à l'intervention ou aux deux interventions font parfois découvrir l'origine iatrogénique souvent aggravante du « Failed back surgery syndrome » en particulier chez les multiopérés

Mauvaise sélection du patient

- Indications inappropriées voire abusives de méthodes validées
- « La fuite en avant thérapeutique en quête d'une hernie discale (Revel et coll. 1995) »
40 FBSS recrutés dans un centre de la douleur opérés à 2 reprises pour sciatique discale. Les documents radiologiques et les CRO montraient en réalité des lésions discales banales non compressives

Bonnes indications de procédés validés

- Mais mauvaise technique : mauvais résultats des arthrodèses lombaires pratiquées sans tenir compte de l'équilibre sagittal du rachis

Utilisation et diffusion de procédés thérapeutiques non validés

- Injections intradiscales d'Hexatrione
- Nucléotomie automatisée d'Onik
- Procédés proposés sans évaluation pré-clinique suffisante

CONCLUSION

L'évaluation clinique et la lecture des documents radiologiques antérieurs aux interventions donnent des renseignements importants, qui permettent d'orienter correctement les examens paracliniques et en particulier l'imagerie de bonne qualité dont les résultats détermineront de façon définitive les décisions thérapeutiques