



PPAU



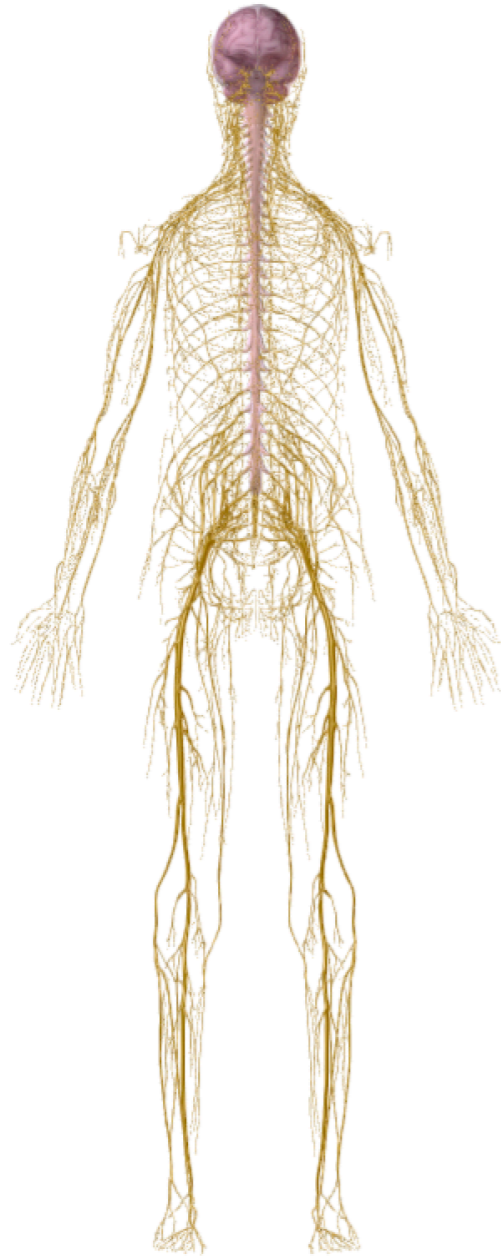
Polyclinique Pau Pyrénées

Neurochirurgie et médecine générale

Docteur LAINÉ Gaetan
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn
21 mai 2026

Neurochirurgie ?



**Chirurgie du système nerveux
(central / périphérique)**



**Chirurgie des protections
(crâne / rachis)**

Et en médecine générale ?

Pathologies hospitalières

Maladie de Parkinson
Epilepsie
Traumatisme crânien
Gliome

Pathologies occasionnelles

Adénome hypophysaire
Anévrisme intracrânien
Méningiome
Hydrocéphalie chronique

Pathologies de tous les jours

Hernie discale lombaire
Tassement vertébral
Canal lombaire étroit
Canal Carpien

Objectif : Culture générale

Objectif : Guide pratique

Objectif : Connaissance



PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

Avant toute chose ...

Docteur LAINÉ Gaetan
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn
21 mai 2026

Anatomie et sémiologie

Systeme nerveux central

Encéphale
moelle épinière

ROT vifs, diffusés, polycinétiques

Claudication médullaire : fatigabilité à la marche, indolore

Symptomatologie hémicorporelle (encéphale) ou bilatérale (moelle épinière)

Systeme nerveux périphérique

Nerfs crâniens (ex : trijumeau)
Nerfs spinaux (ex : racine L5)
Nerfs périphériques (ex : nerf médian)

ROT abolis

Claudication radiculaire : douleurs progressives limitant la marche

Symptomatologie systématisée à un territoire nerveux précis

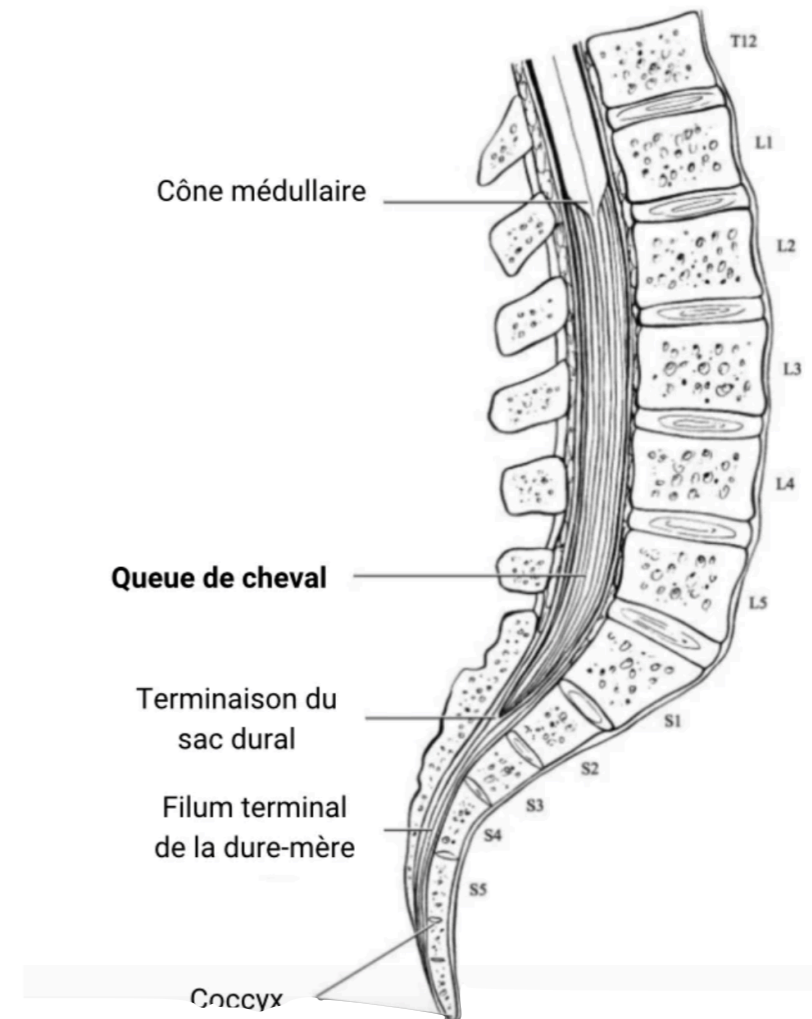
Hoffman, Babinski, Clonus de cheville, etc

Piège classique

La jonction entre le système nerveux central (moelle épinière) et périphérique (queue de cheval) au sein du canal rachidien se situe en regard de **L1** dans la plupart des cas.

Attention au diagnostic de canal lombaire étroit si

- ROT vifs
- Babinski
- Fatigabilité à la marche non douloureuse





PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

Culture générale pour le généraliste

Docteur LAINÉ Gaetan
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn
21 mai 2026

Maladie de Parkinson

Maladie de Parkinson résistante - Validation en RCP

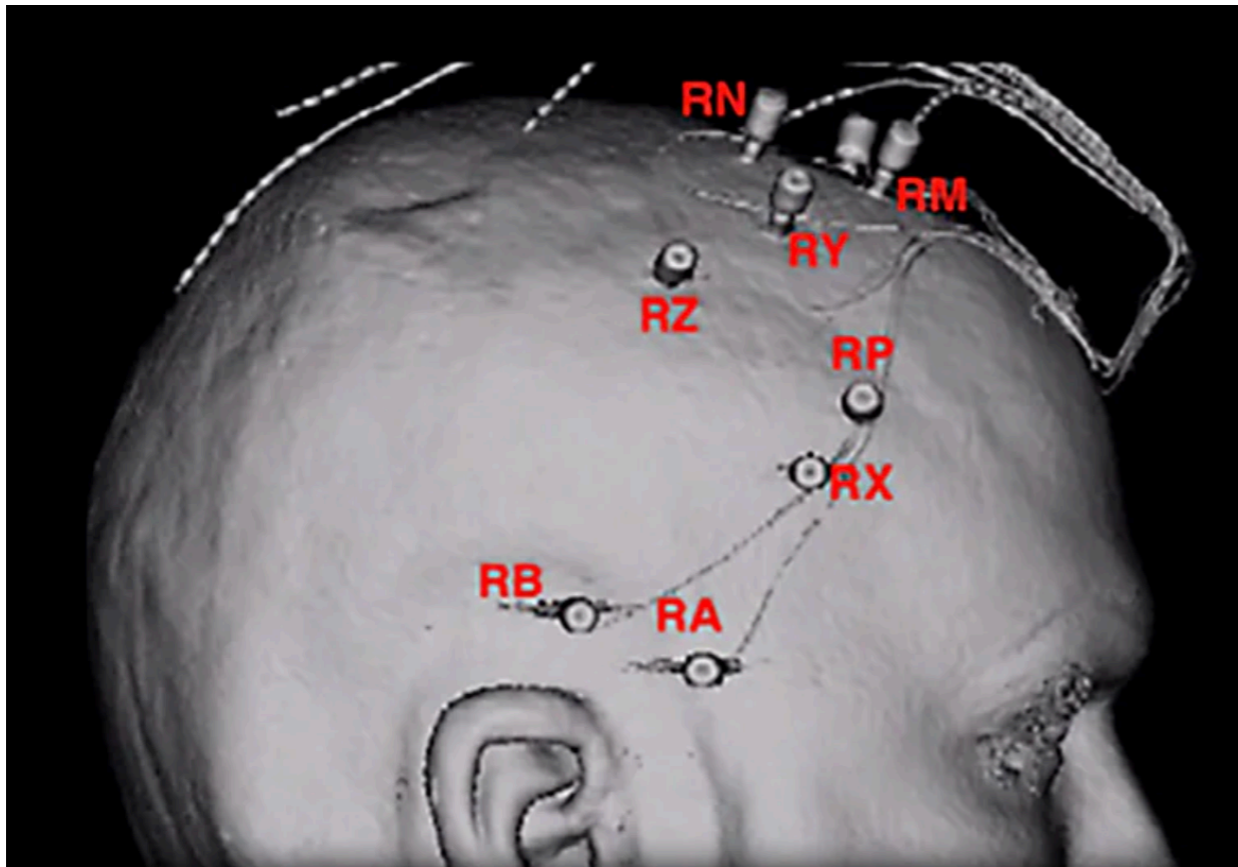
Stimulation cérébrale profonde

Implantation d'électrode de manière bilatérale dans les noyaux sous thalamiques

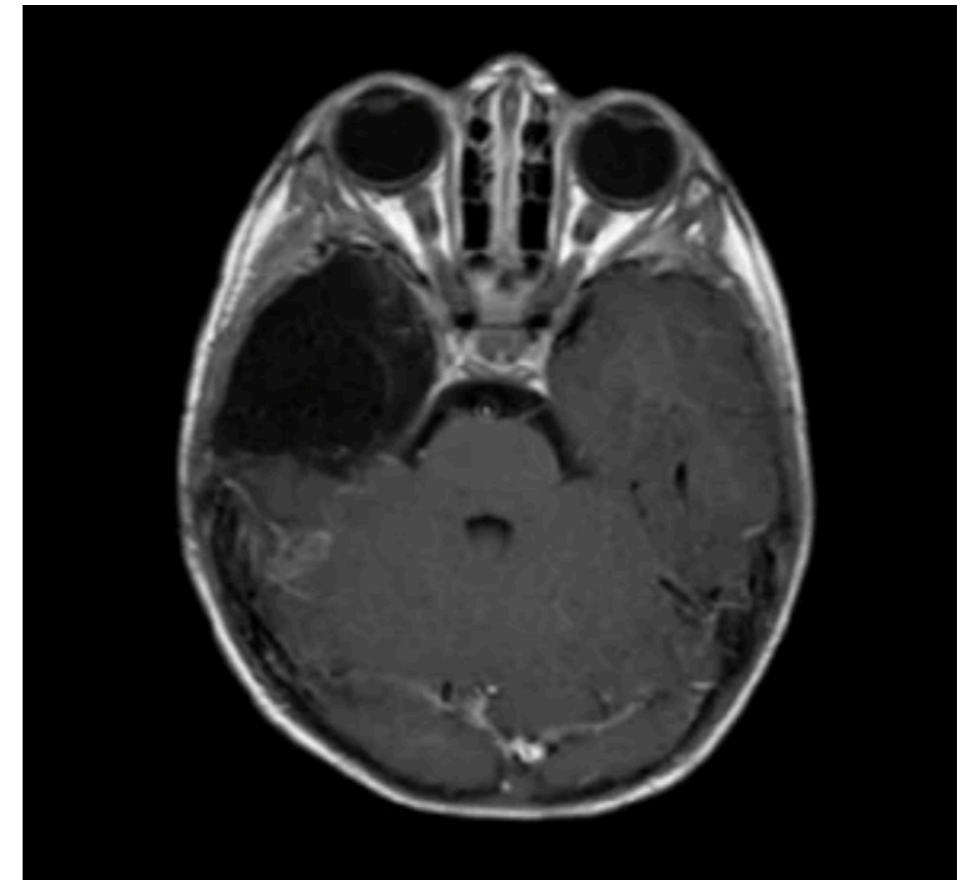


Epilepsie

Epilepsie pharmacorésistante - Validation en RCP



SEEG : détection zone épileptogène avec l'aide d'un enregistrement EEG



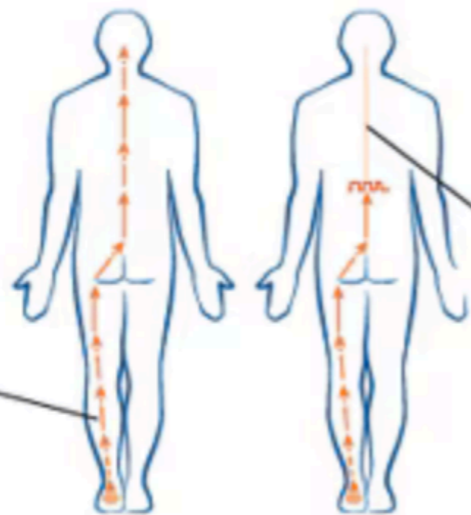
Cortectomie : exérèse de la zone épileptogène

Stimulation médullaire

Douleurs chroniques - Validation en RCP

Principe de la neurostimulation médullaire

Signal de la douleur partant du pied et allant vers le cerveau



La stimulation module tout ou partie du signal de la douleur lors de son acheminement en direction du cerveau



Gliomes

SERVIER

Gliome

Classification OMS* 2021

*Organisation mondiale de la santé

Mutation IDH

codélétion 1p/19q

1p/19q intact

Oligodendrogliomes
grades 2-3

Astrocytomes
grades 2-4

Glioblastomes

La classification OMS 2021 des tumeurs du système nerveux central définit les trois catégories distinctes suivantes de gliomes diffus de type adulte en fonction de l'histologie et du statut mutationnel de l'IDH : astrocytomes (mIDH, 1p/19q intact), grades 2-4 ; oligodendrogliomes (mIDH, 1p/19q-codèle), grades 2-3 ; et glioblastomes (wtIDH) grade 4*

*Louis DN, et al. *Neuro Oncol* 2021;23(8):1231-1251

Traumatisme crânien



Hématome extra dural

Sujet jeune
Fracture associée
Bon pronostic
SI opéré à temps



**Hématome sous dural
aigu**

Sujet « âgé »
Mauvais pronostic



**Hématome sous
dural chronique**

Sujet âgé
Bon pronostic
Peu de limite d'âge
pour la chirurgie



PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

Adénome hypophysaire : guide pratique

Docteur LAINÉ Gaetan
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn
21 mai 2026

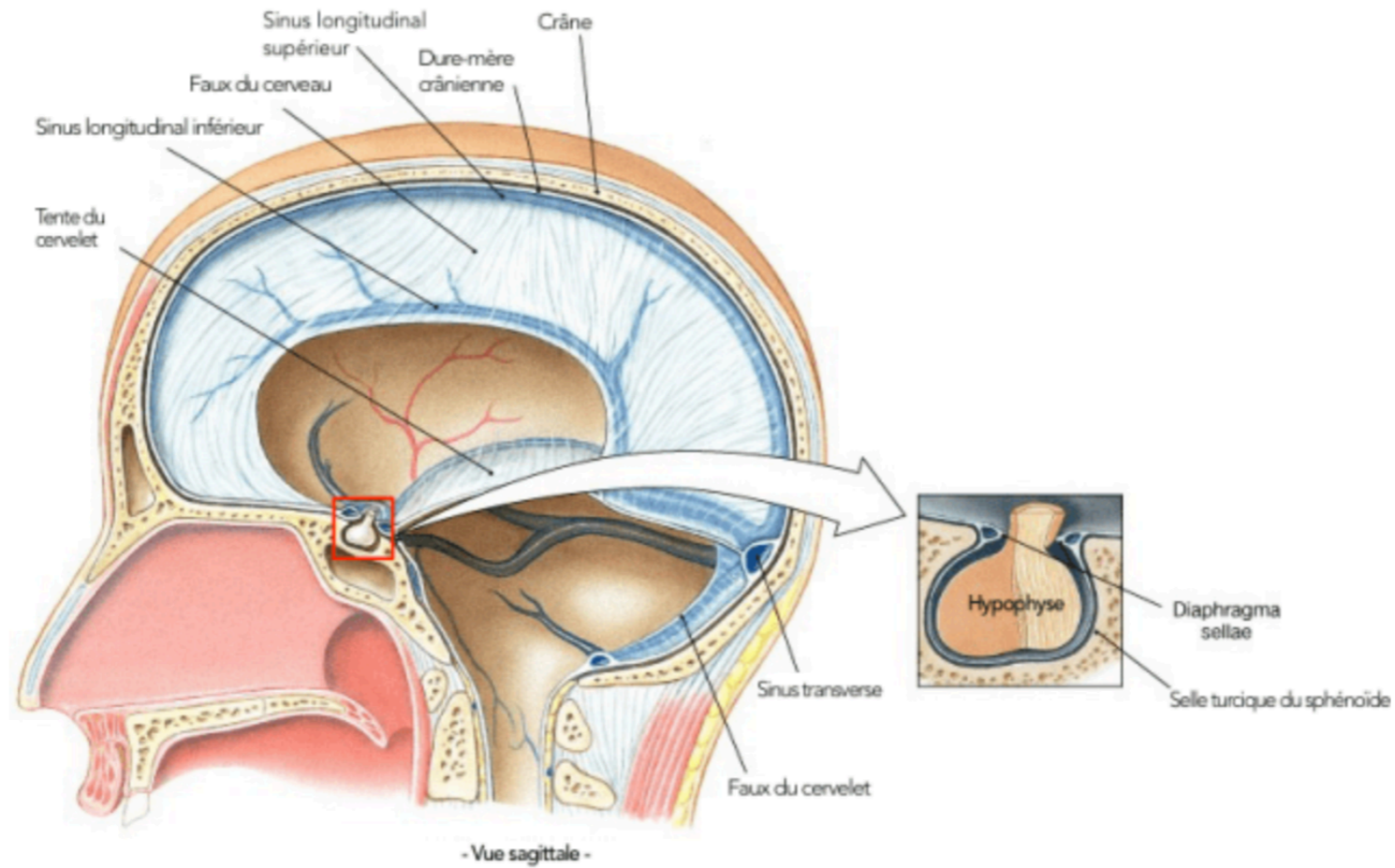
Hypophyse

Glande située à la base du crâne, dans une fossette développée au contact de l'os sphénoïde (selle turcique)

Nombreuses régulations hormonales (prolactine, TSH, GH, FSH-LH, ACTH)

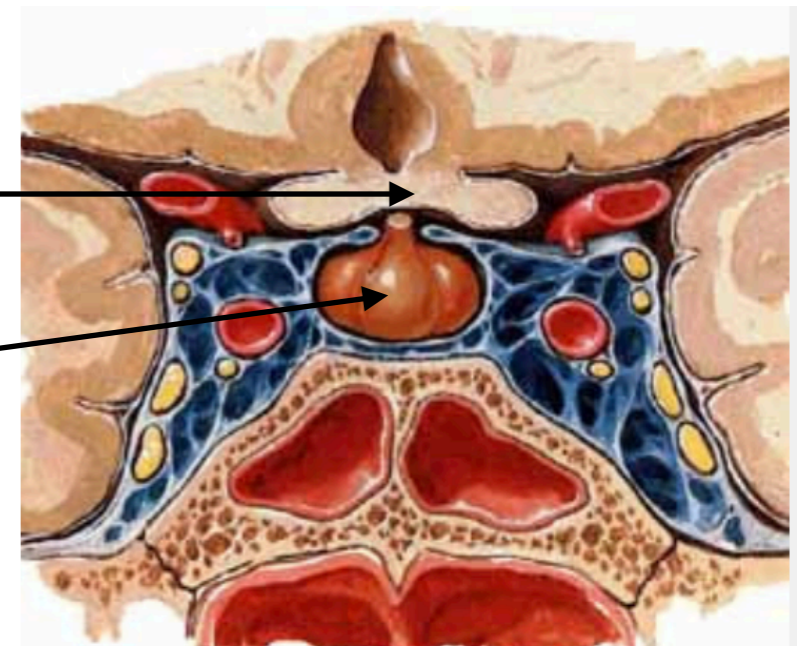
Proximité avec le chiasma optique

Anatomie fonctionnelle



Chiasma optique

Hypophyse



Adénome hypophysaire

Tumeurs bénignes développées aux dépens de l'hypophyse

Syndrome tumoral hypophysaire : troubles visuels + céphalées

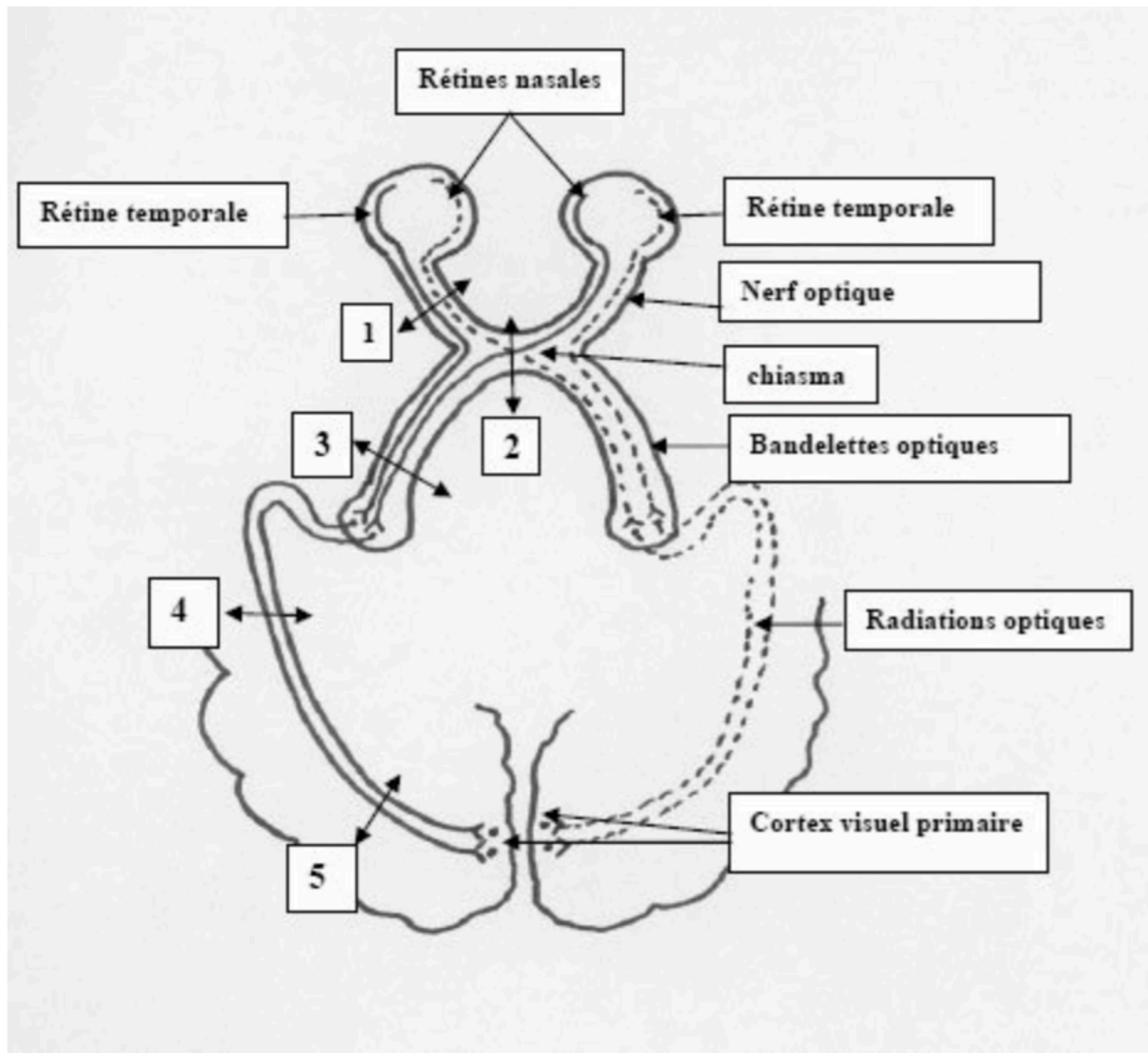
Syndromes d'hypersécrétion hormonale :

- hyperprolactinémie - prolactine
- acromégalie secondaire - GH
- hypercortisolisme (syndrome de Cushing) - ACTH
- hyperthyroïdie - TSH

Syndrome d'insuffisance antéhypophysaire : portant généralement sur toutes les hormones hypophysaires (panhypopituitarisme).

Pas de diabète insipide

Anatomie fonctionnelle



1		cécité unilatérale
2		hémianopsie bitemporale
3		hémianopsie latérale homonyme
4		quadransopie latérale homonyme
5		hémianopsie latérale homonyme

Apoplexie hypophysaire

Nécrose / Hémorragie survenant au sein de l'hypophyse

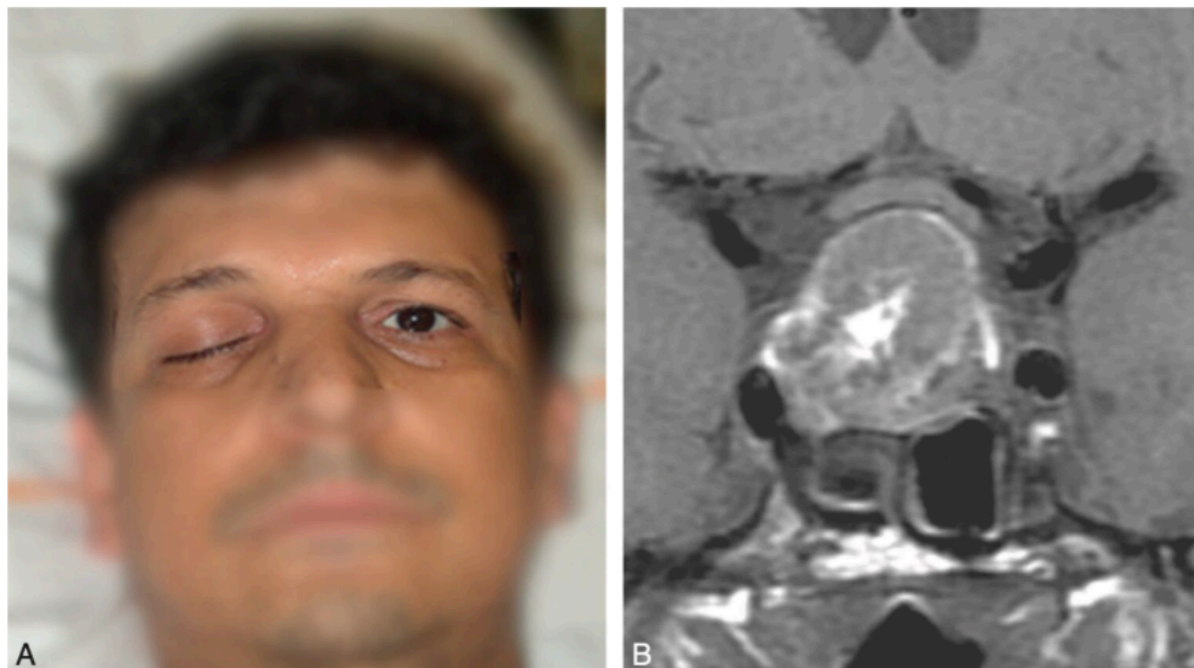
Début brutal

Céphalées, photophobie

Troubles de conscience

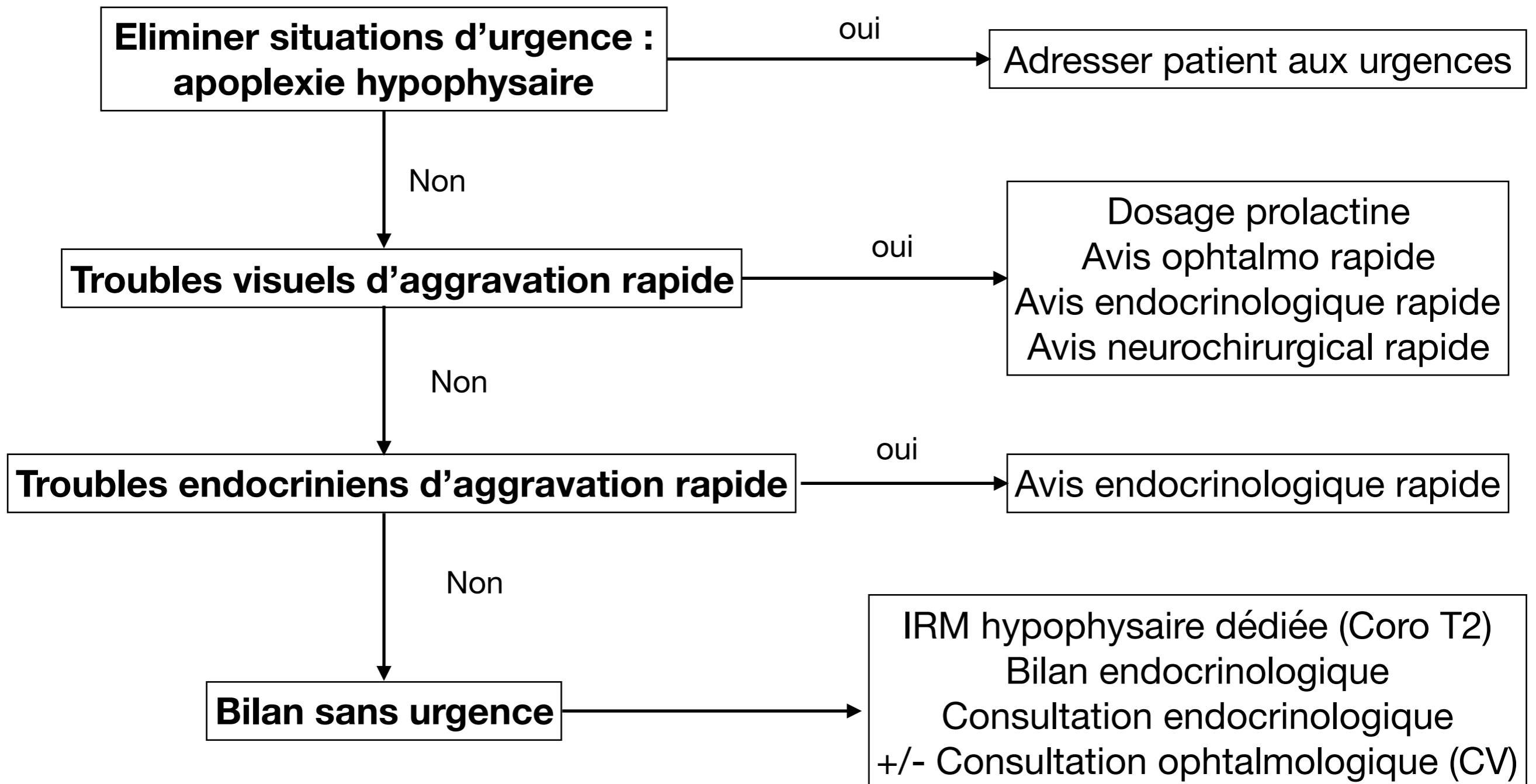
Paralysie oculomotrice

Troubles visuels



Ptosis (**A**) en rapport avec une atteinte oculomotrice par atteinte du III, dans le cadre d'une apoplexie hypophysaire, bien visible sur l'IRM (**B**) qui met en évidence un macroadénome hypophysaire à développement suprasellaire avec des zones de nécrose et d'hémorragie.

Que faire face à la découverte d'un adénome hypophysaire ?





PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

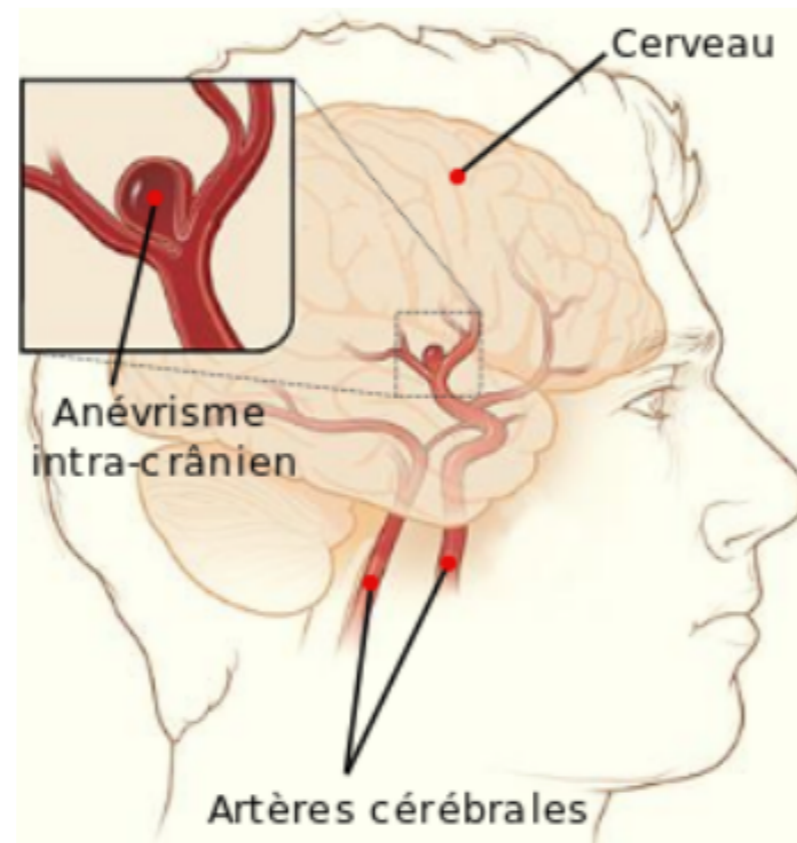
Anévrisme intracrânien : guide pratique

Docteur LAINÉ Gaetan
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn
21 mai 2026

Anévrisme intracrânien

Anévrisme intracrânien = dilatation sacciforme d'une artère intracrânienne avec une base d'implantation (collet)



Fragilité pariétale malformative (dysplasie locale) avec disparition média et fragmentation limitante élastique int

Facteurs de risque

HTA chronique (↑ taille si HTA mal contrôlée)

Tabac (RR = 5)

Affections héréditaires tissu conjonctif (**PKRD**, NF1, Marfan, Ehler Danlos)

Alcool

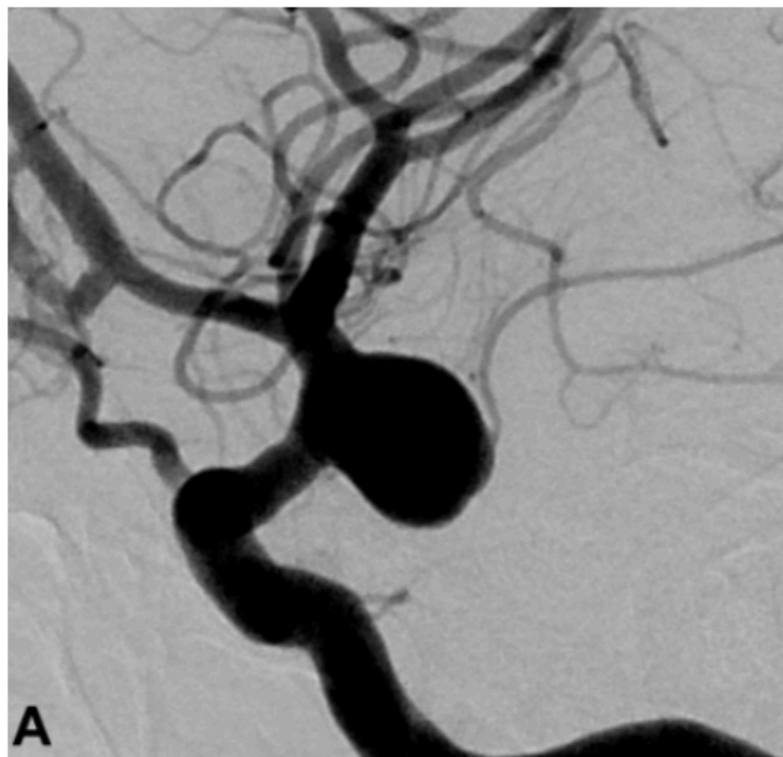
DIABÈTE : PAS FACTEUR DE RISQUE D'ANÉVRISME

.

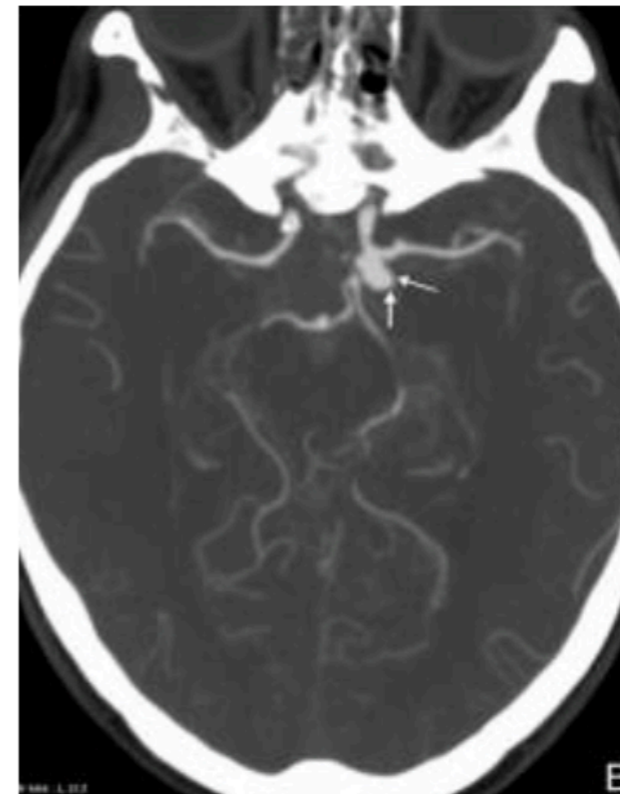
Bilan paraclinique

Scanner avec injection

Artériographie : examen de référence

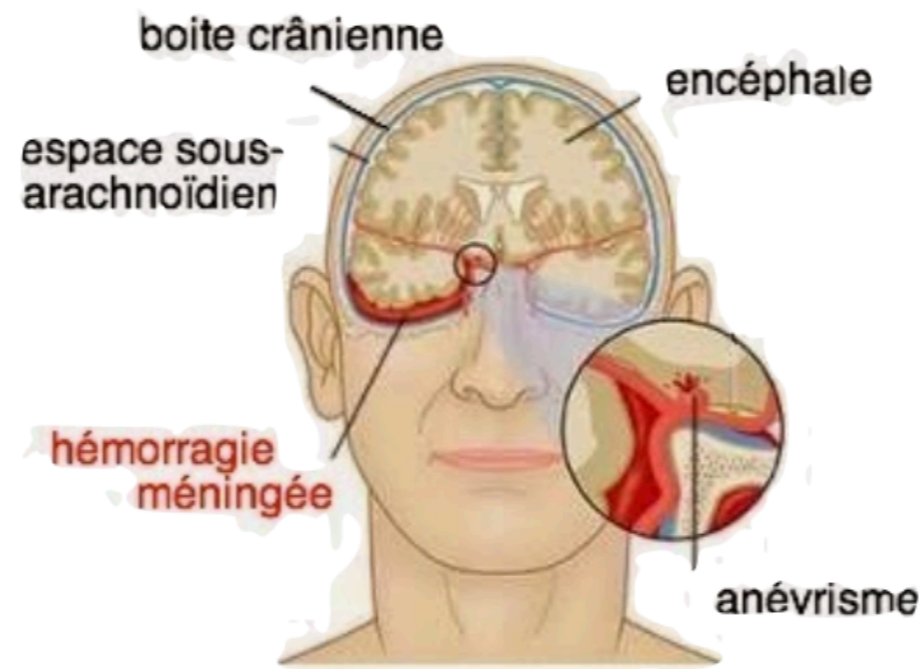


anévrisme
intracrânien



Rupture d'anévrisme intracrânien

Hémorragie méningée = HSA = passage de sang dans l'espace sous arachnoïdien



Y penser devant des **céphalées brutales +++**

Pronostic des ruptures d'anévrisme

50% de mortalité (dont 30% de décès avant arrivée à l'hôpital)

Complications

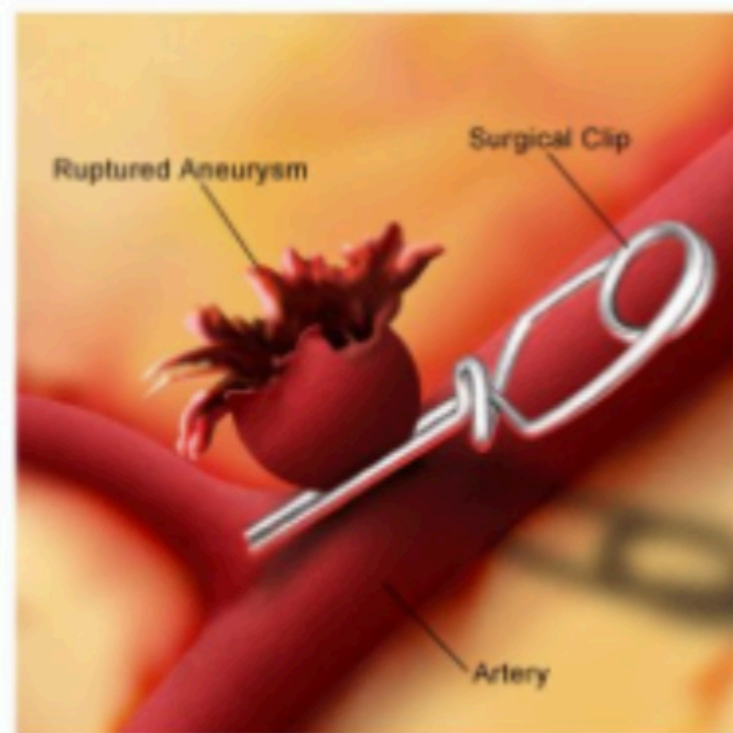
- Précoce (< 24-48h) : HTIC, hydrocéphalie aiguë
- Semi précoce (< J15) : vasospasme, OAP neurogénique
- Tardive : hydrocéphalie chronique, **troubles neurocognitifs**

Globalement : peu de patients ne gardent aucune séquelle

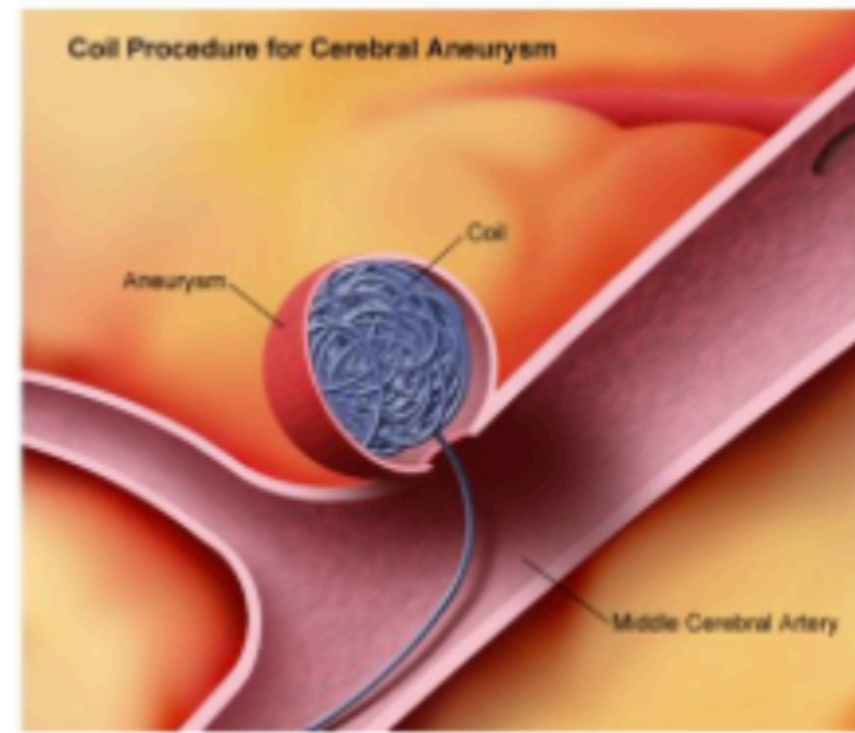
Traitement

Neuroradiologie interventionnelle (embolisation) +++

Neurochirurgie (clip)

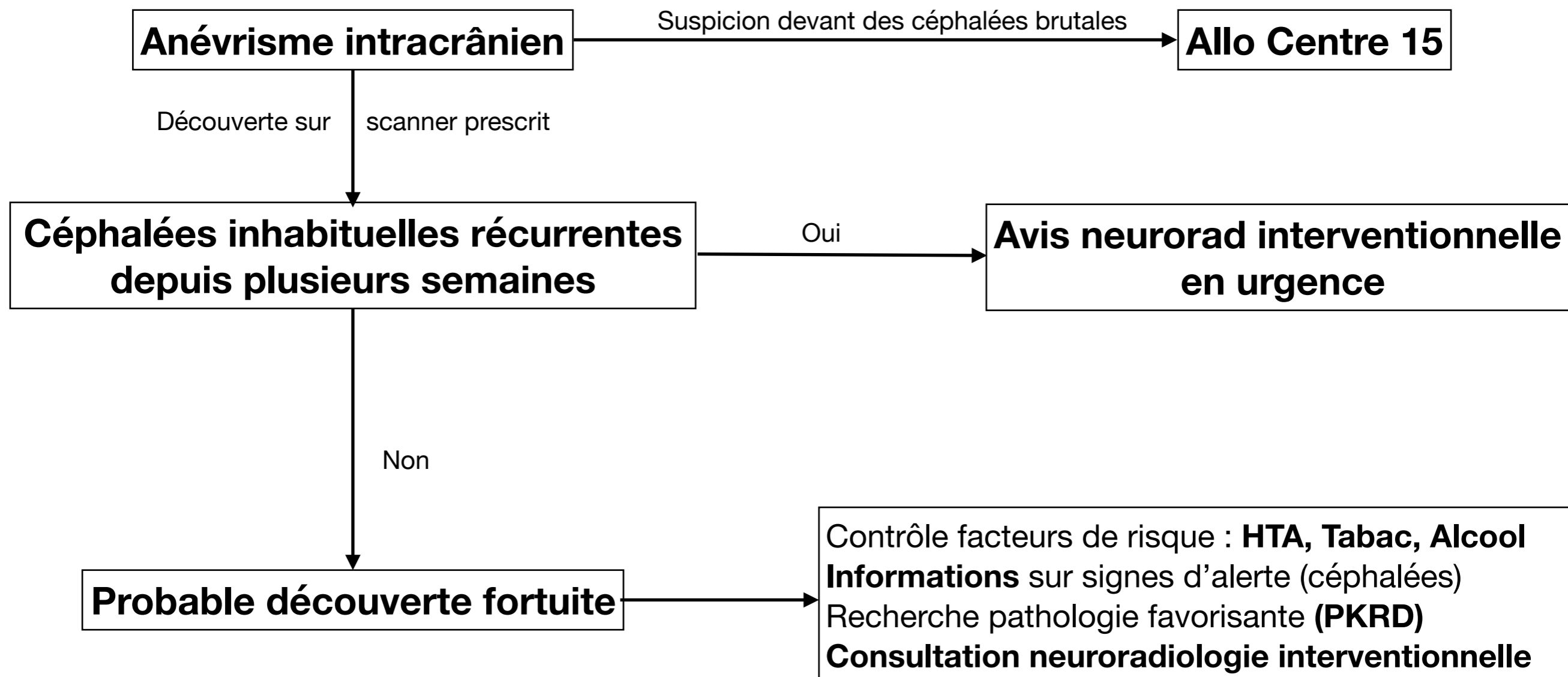


Neurochirurgie



Neuroradiologie

Et le médecin généraliste dans tout ça ?





PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

Hydrocéphalie chronique : guide pratique

Docteur LAINÉ Gaetan
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn
21 mai 2026

Anatomie

Liquide cérébro-spinal = anciennement liquide céphalo rachidien

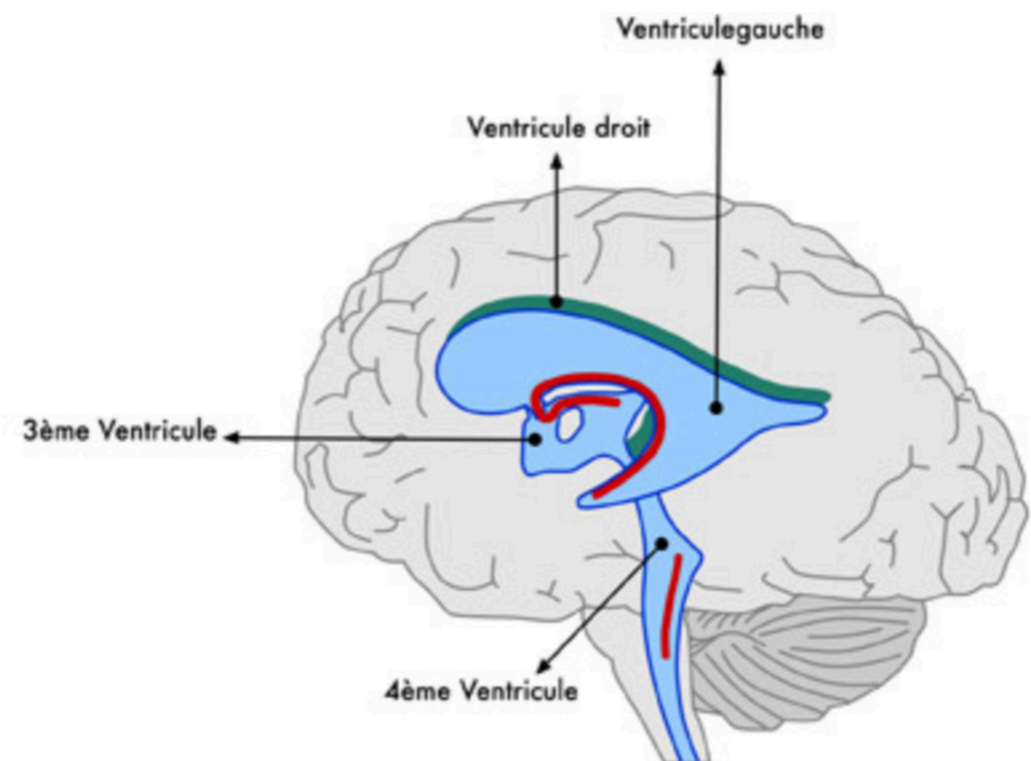
Circule dans les espaces sous arachnoïdiens

4 cavités ventriculaires au niveau encéphalique

Volume chez l'adulte : 140 ± 30 ml

Production quotidienne : 500 mL
(renouvellement 3/4 fois par jour)

Pression normale du LCS : 5 à 15 cm d'eau



Hydrocéphalie chronique

Hydrocéphalie chronique de l'adulte = Hydrocéphalie à pression normale

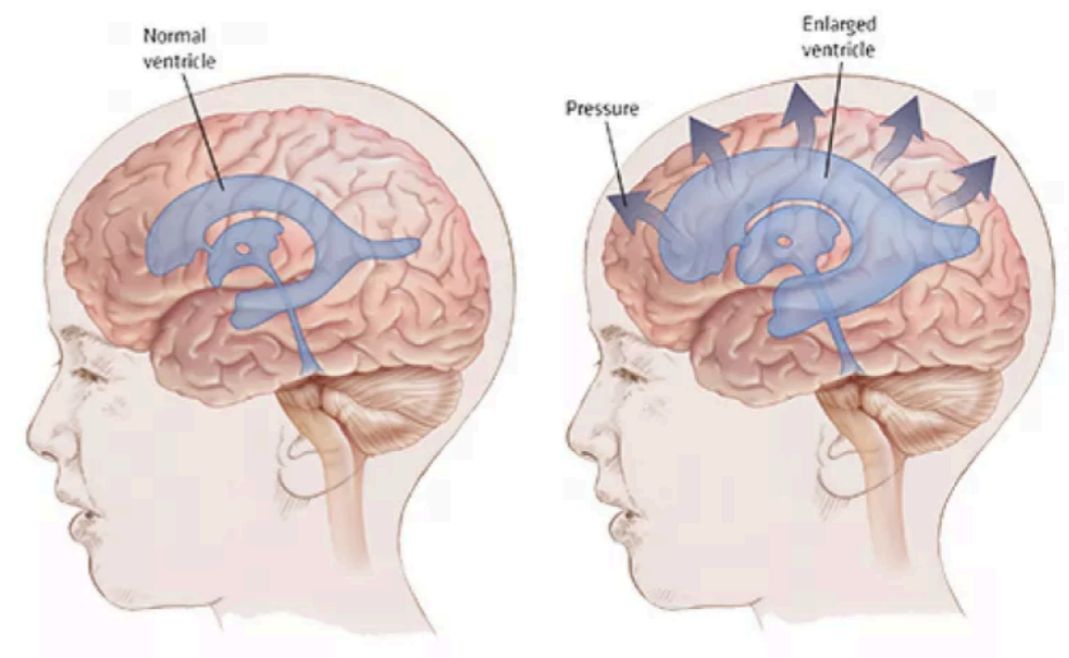
Pathologie au cours de laquelle un trouble de la physiologie du LCS (circulation et/ou résorption) perturbe le fonctionnement cérébral

Surplus chronique de LCS entraînant un gonflement progressif des cavités ventriculaires

Idiopathique +++

Parfois secondaire (AVC, HSA, traumatisme crânien grave, méningite)

Pathologie du sujet âgé



Pathologie différente de l'hydrocéphalie aiguë : pas de risque vital à court terme

Signes cliniques (Hakim et Adams)

Troubles de la marche (quasi constants et assez évocateurs) :

- **Marche lente, à petit pas, instable**
- Pieds trainants tournés vers l'extérieur (élargissement polygone sustentation)
- Ballant des bras conservés
- +/- aimantation à la marche
- +/- chute
- +/- phobie avec limitation de l'autonomie

Troubles cognitifs : **démence, troubles mnésiques**, ralentissement psychomoteur

Troubles sphinctériens

- **Urines +++ : urgences mictionnelles, fuites urinaires**
- Selles : perte fécale
- Dysfonction érectile

Diagnostic différentiel

Troubles de la marche : **Syndrome parkinsonien**
(souvent perte ballant des bras + tremblements)

Troubles cognitifs : **Démence**

Troubles sphinctériens : **Pathologie prostatique**

Imagerie

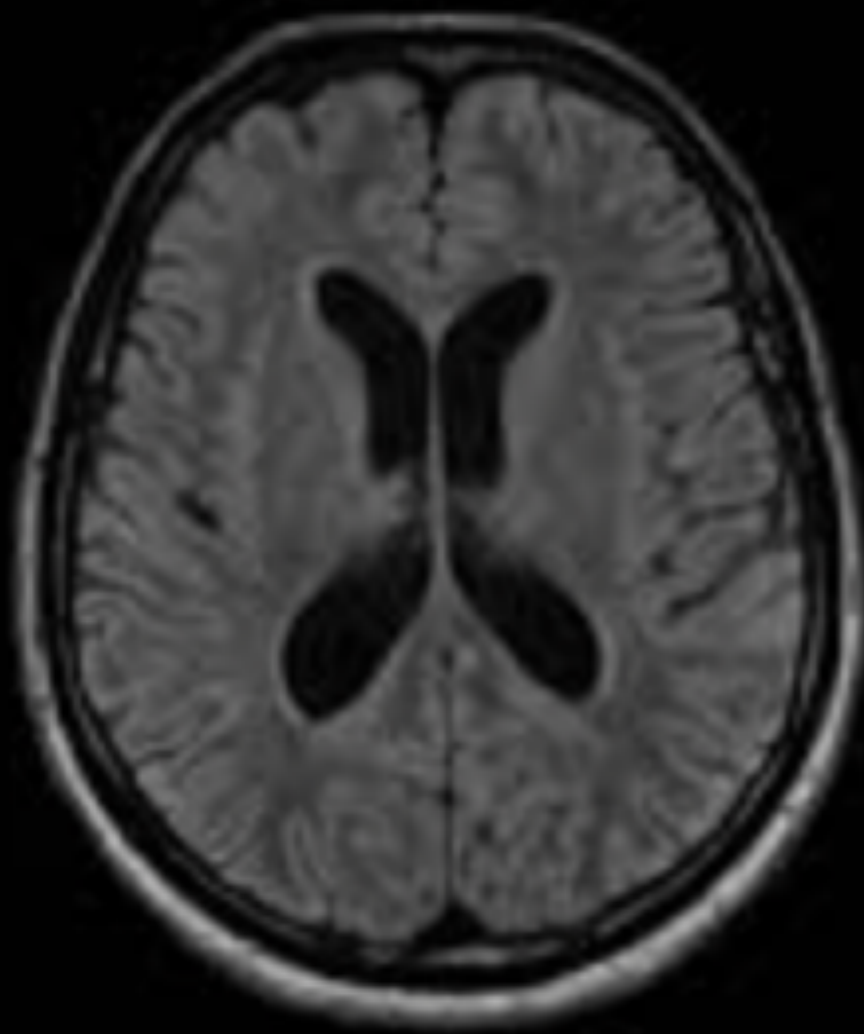
Dilatation ventriculaire +++ (Index d'Evans)

Résorption transépendymaire

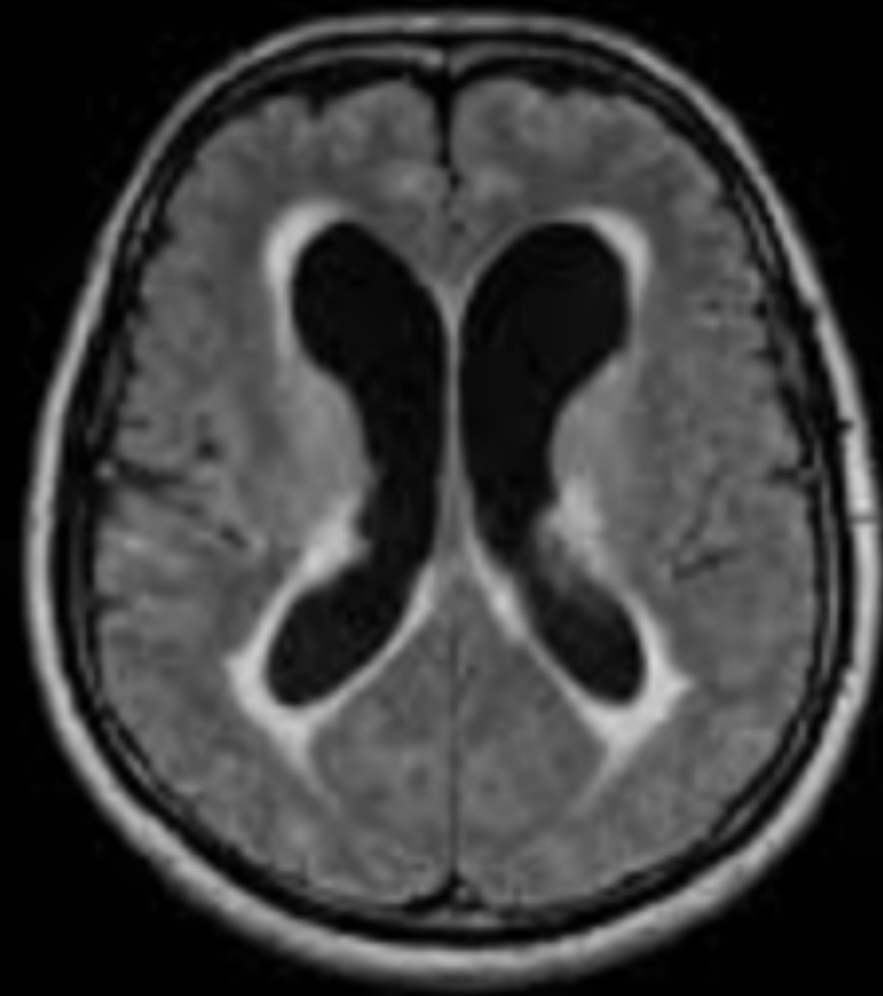
Effacement des sillons de la convexité postérieure et médiane.

Fermeture de l'angle calleux : < 90 degrés

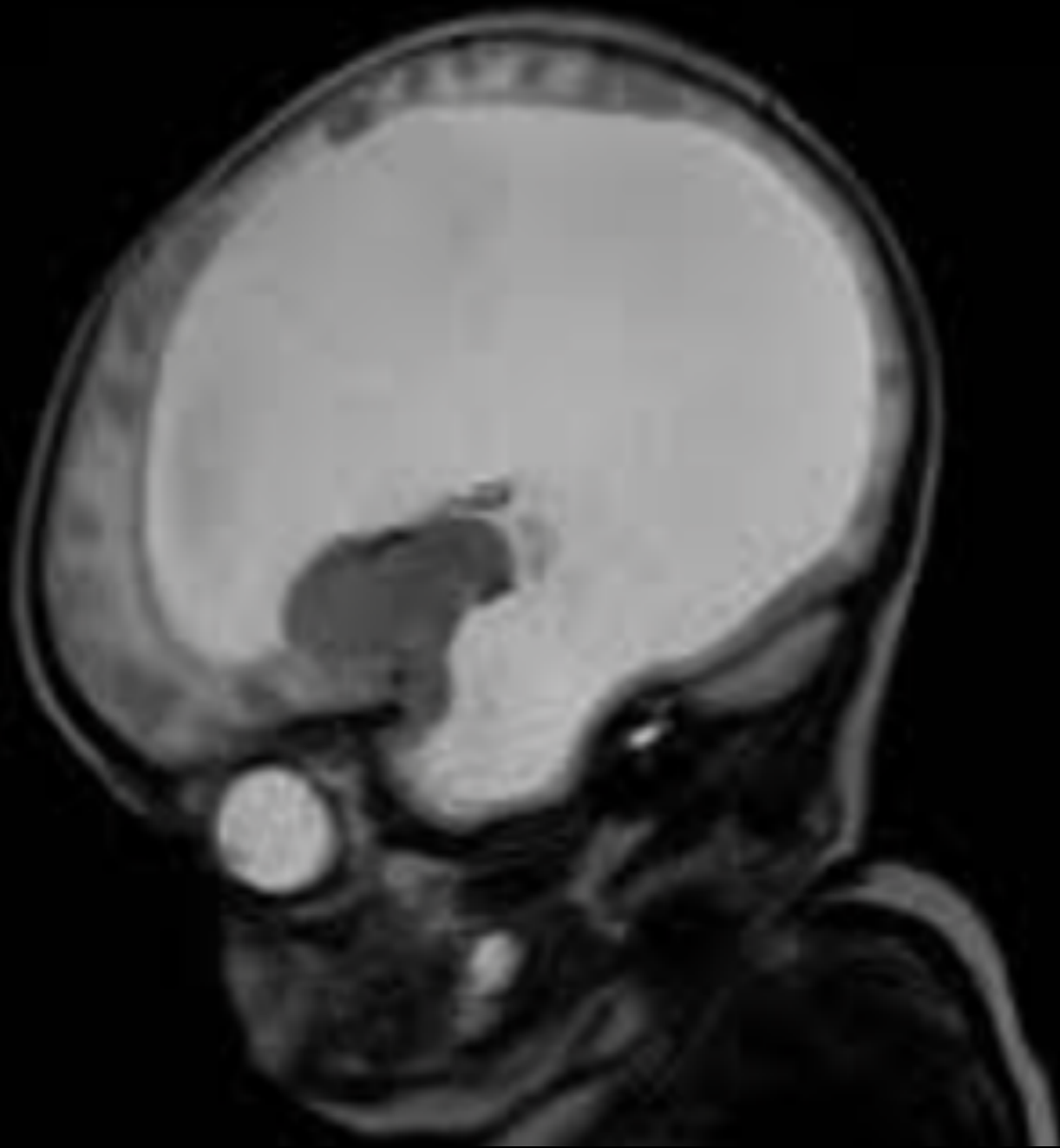
Dilatation des vallées sylviennes



Volume ventriculaire normal



Hydrocéphalie chronique de l'adulte



PAS DE PANIQUE

Traitement

Objectif : évacuer excès de LCR

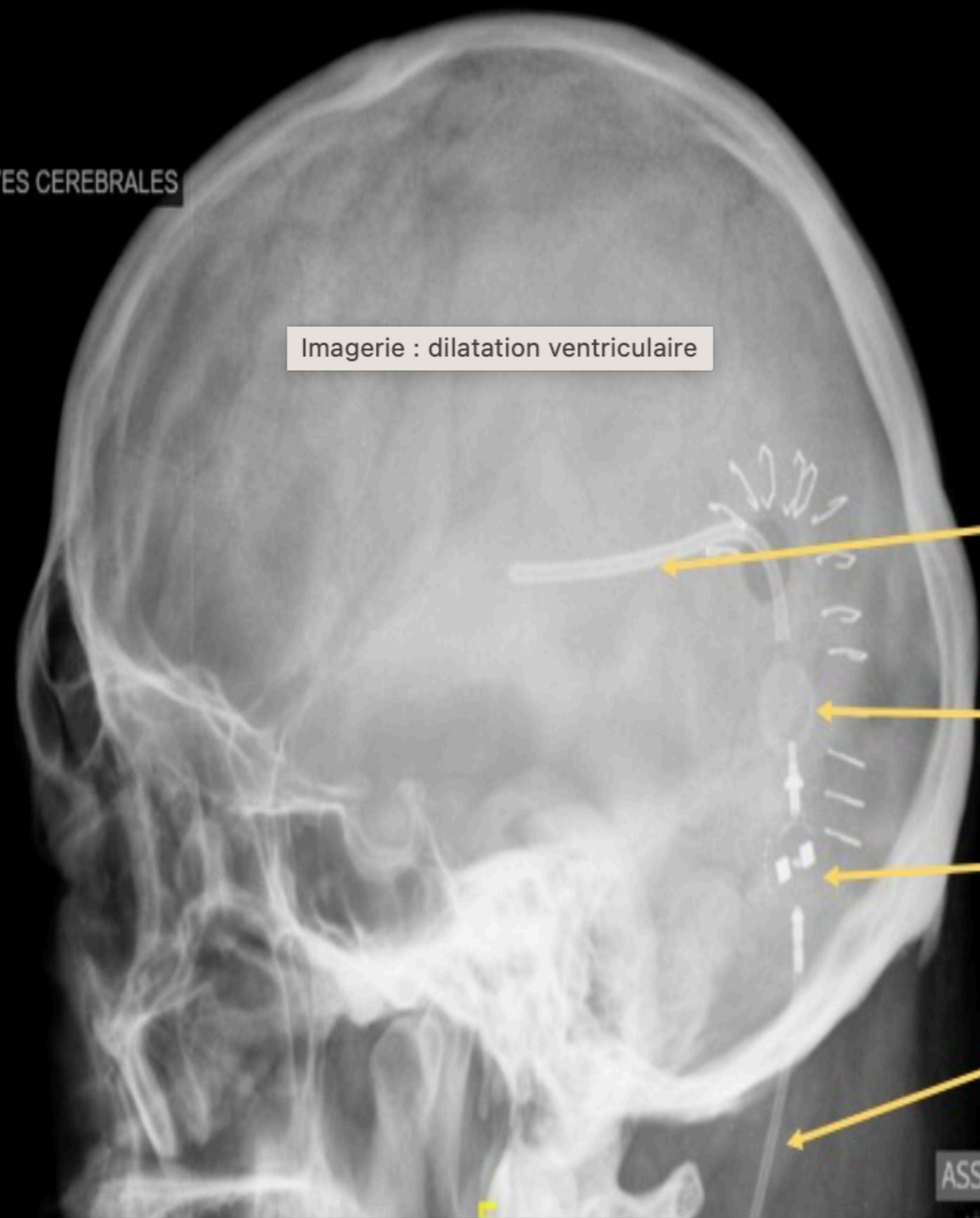
Ponction lombaire soustractive : permet rarement une stabilisation

Dérivation ventriculaire interne

- Péritonéale
- Cardiaque

VALVES CEREBRALES

Imagerie : dilatation ventriculaire



Ventricules

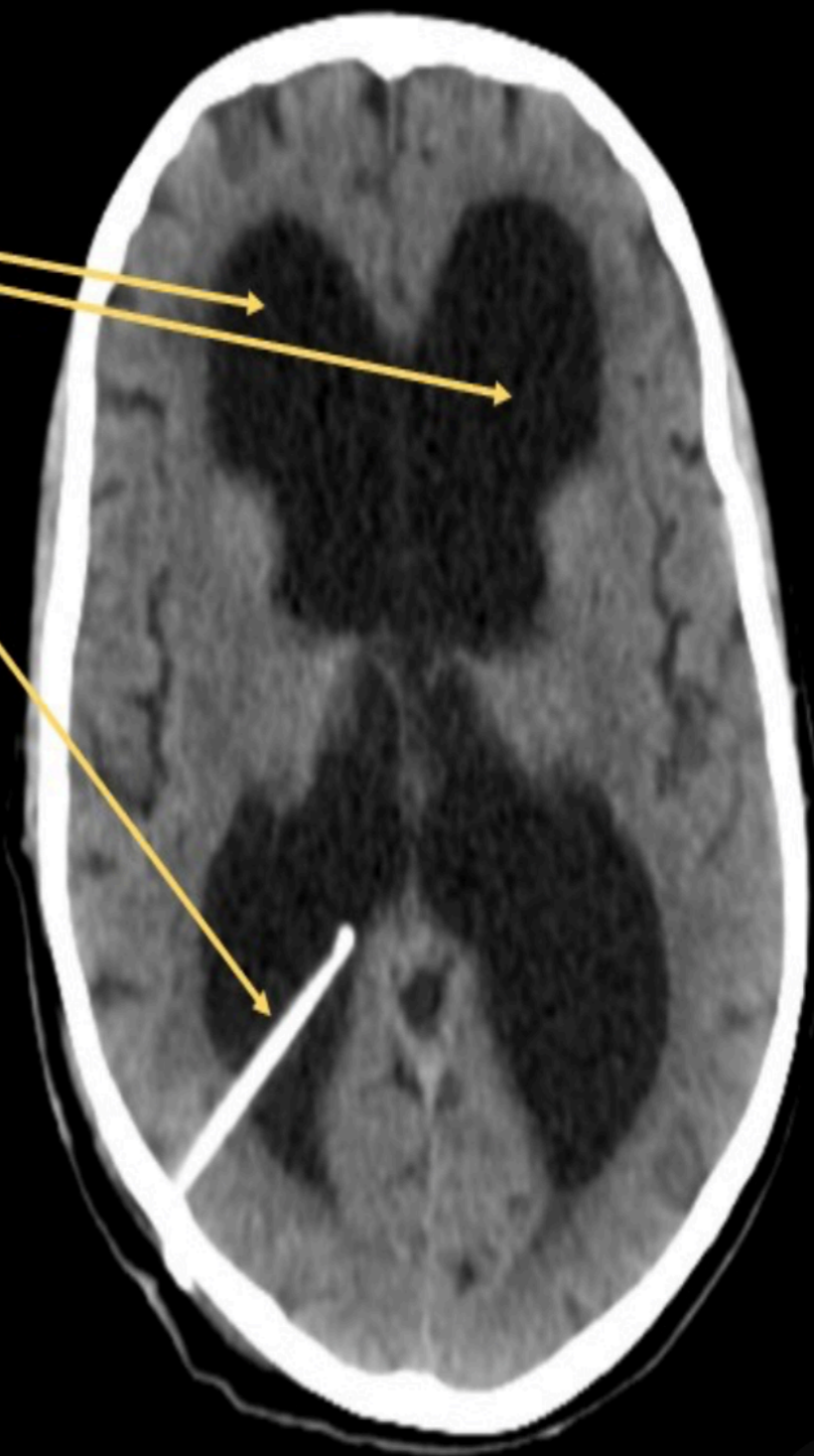
Cathéter ventriculaire

Réservoir

Valve

Cathéter distal

ASSIS



Suspicion d'hydrocéphalie chronique de l'adulte

Troubles de la marche
Troubles sphinctériens
Troubles cognitifs

Prostate ? Parkinson ?
Démence ?

Non

Oui

Imagerie encéphalique
Scanner / IRM

**Avis spécialisé neurologique /
urologique / autre**

**Dilatation ventriculaire ?
Résorption transépendymaire ?**

Non

Autre hypothèse diagnostique

Oui

Avis neurochirurgical (sans urgence)
IRM si seulement scanner réalisé



PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

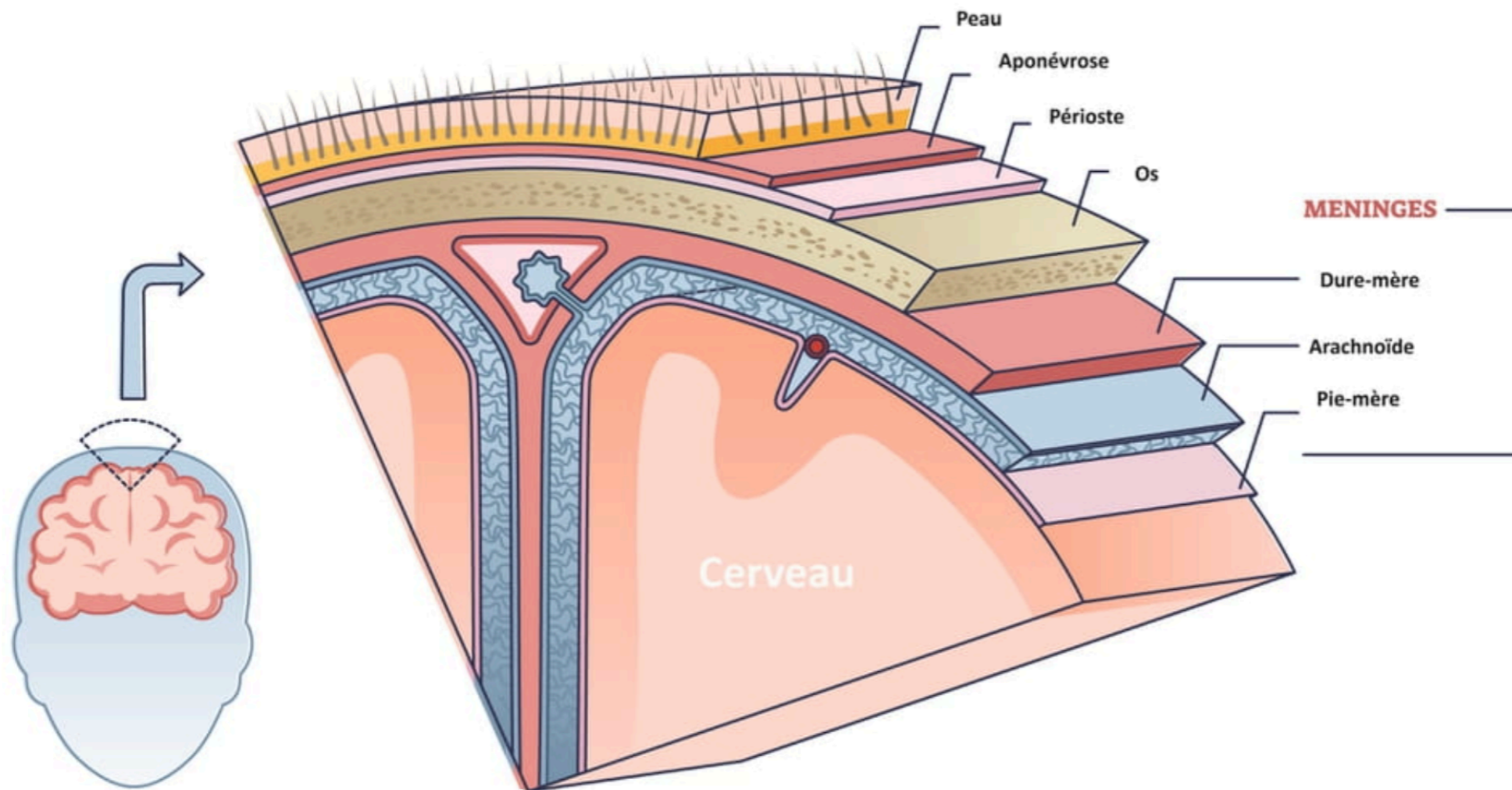
Méningiome : guide pratique

Docteur LAINÉ Gaetan
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn
21 mai 2026

Anatomie

Méninges : enveloppe du système nerveux



Définition

Méningiome : tumeur développée aux dépens des méninges
(arachnoïde)

Pour faire simple : 3 grades histologiques

- Grade I
 - Grade II
 - Grade III
-
- ```
graph LR; G1[Grade I] --- B["Bénins (98% des cas)"]; G2[Grade II] --- B; G3[Grade III] --- M["Malins (2% des cas)"]
```

**Bénignes** dans la grande majorité des cas

Signes cliniques en lien avec volume, localisation, grade

# Signes cliniques

Asymptomatique +++

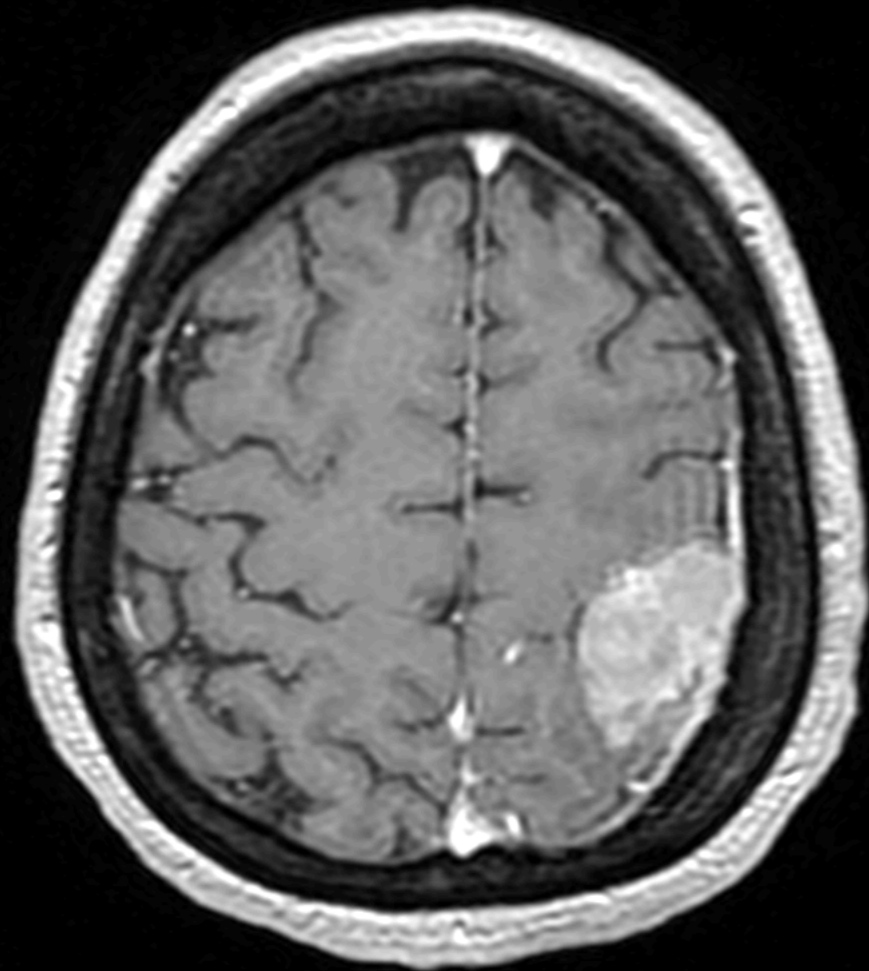
Hypertension intracrânienne (si volumineux) : céphalées, nausées, vomissements, troubles visuels

Déficit neurologique focal (selon topographie)

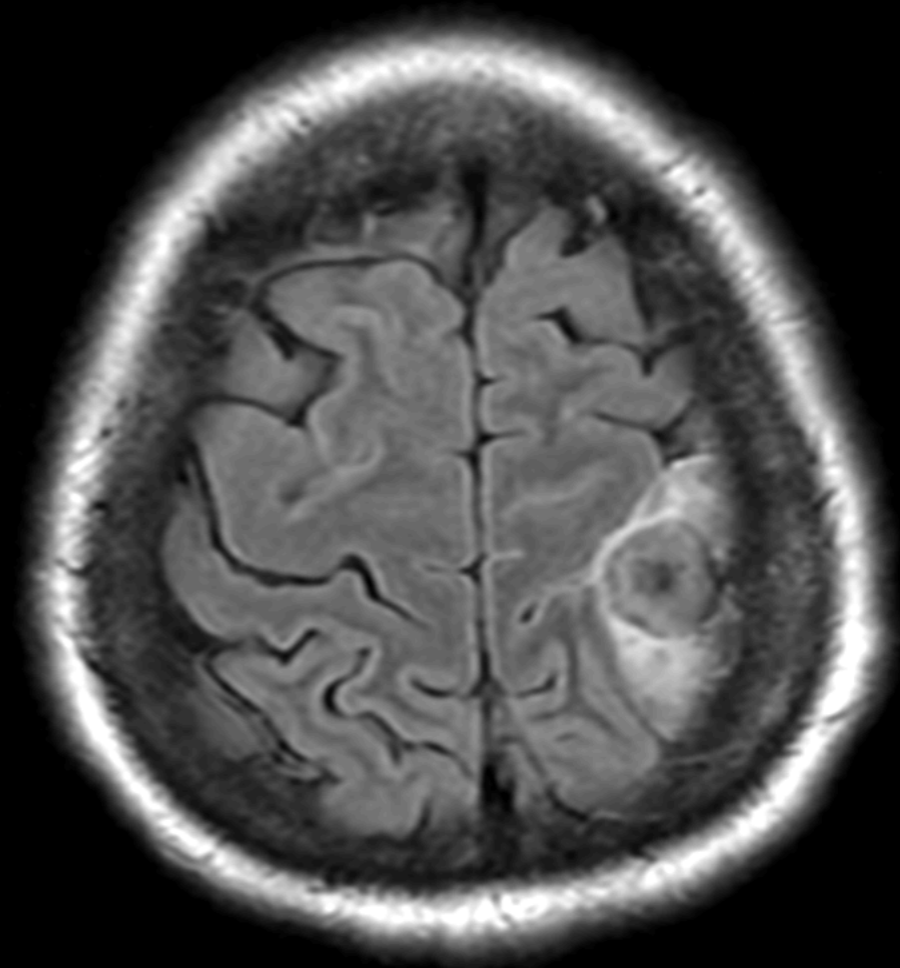
Epilepsie

# Bilan paraclinique

IRM encéphalique sans et avec injection de produit de contraste



T1 gado  
Tumeur



T2 FLAIR  
Oedème

# PROGESTATIFS À RISQUE DE MÉNINGIOME : un suivi renforcé est indispensable

Acétate de cyprotérone 50 et 100 mg (*Androcur et génériques*)

Acétate de chlormadinone 5 ou 10 mg

Acétate de nomégestrol 5 mg (*Lutényl et génériques*)

Médrogestone (*Colprone 5 mg*)

Acétate de médroxyprogestérone (*Depo Provera 150 mg / 3 ml*)

Ces progestatifs augmentent le risque de méningiome. Vous devez respecter les conditions particulières d'utilisation et assurer un suivi IRM spécifique de vos patients.

Le risque de méningiome augmente avec l'âge, la dose et la durée d'exposition.

**Dans tous les cas, les progestatifs doivent être prescrits à la dose minimale efficace et le moins longtemps possible.**

**Une IRM doit être réalisée si des signes évocateurs d'un méningiome apparaissent au cours ou après un traitement par un progestatif, et même si l'arrêt du traitement remonte à plusieurs années.**

**LE DIAGNOSTIC D'UN MÉNINGIOME DOIT CONDUIRE À L'ARRÊT DÉFINITIF DU TRAITEMENT PROGESTATIF.**

**UN AVIS NEUROCHIRURGICAL EST REQUIS POUR DÉTERMINER SI UNE INTERVENTION CHIRURGICALE EST NÉCESSAIRE OU NON.**

Des données suggèrent que les méningiomes peuvent régresser après l'arrêt du traitement progestatif.

S'ils sont utiles dans la prise en charge de certaines maladies gynécologiques invalidantes (endométriose et fibromes utérins), du cancer de la prostate, des paraphilies ou de la contraception, **la prescription de ces médicaments doit être réévaluée chaque année, notamment aux alentours de la ménopause pour les femmes.**

**Avant d'instaurer ou poursuivre un traitement par un des progestatifs mentionnés ci-dessus, une discussion approfondie avec votre patient est nécessaire sur le bénéfice attendu du traitement au regard des risques, notamment le risque de méningiome. En cas de traitement, vous devez informer votre patient du suivi IRM à mettre en place.**

## Le risque de méningiome diffère selon les traitements progestatifs :

### Ac. de cyprotérone

Androcur et génériques

### Ac. de chlormadinone

Lutéran et génériques

### Ac. de nomégestrol

Lutényl et génériques

### Médrogestone

Colprone

### Ac. de

### médroxyprogestérone

Depo Provera

---

---

**EXISTENCE D'UN RISQUE**

### Progestérone

Utrogestan et génériques

### Dydrogestérone

Duphaston

### DIU au lévonorgestrel

Mirena, Donasert, Kyleena et Jaydess

---

---

**ABSENCE DE RISQUE**

### Diénoigest

Sawis, Endovela Dimetrum, Erynja, Dienogest Laboratoires Majorelle

### Drospirénone

Slinda

### Désogestrel

Cérazette, Antigone, Optimizette, désogestrel génériques (*laboratoires Biogaran, Cristers, Sandoz, Viatrix Sante*)

---

---

**RISQUE INCONNU À CE JOUR**

# Prise en charge

**Surveillance clinique et radiologique** : méningiome asymptomatique de découverte fortuite

**Arrêt du progestatif** : permet parfois régression du méningiome

**Traitement** : méningiome symptomatique ou évolutif

- Corticothérapie : oedème périlésionnel
- Chirurgie : exérèse lésionnelle

**Découverte d'un  
méningiome intracrânien**



Symptômes

Interrogatoire : **progestatifs**  
Clinique : **HTIC, déficit, épilepsie**

Pas de symptômes



**A PRIORI TRAITEMENT**  
IRM encéphalique (si non réalisée)  
**Arrêt d'un progestatif éventuel**  
**Avis neurochirurgical rapide**

**A PRIORI SURVEILLANCE**  
IRM encéphalique (si non réalisée)  
**Arrêt d'un progestatif éventuel**  
**Avis neurochirurgical sans urgence**



PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

# Fractures rachidiennes

Docteur LAINÉ Gaetan  
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn  
21 mai 2026

# Physiopathologie

**Stabilité vertébrale** : qualité grâce à laquelle les vertèbres peuvent maintenir leur cohésion dans toutes les positions et les mouvements physiologiques du corps.

**Instabilité** : processus pathologique à l'origine de mouvements intervertébraux anormaux ou majorés selon les axes de rotation, d'inflexion latérale et de translation antéro-postérieure.

Théorie des 3 colonnes (LOUIS, 1975)

- 1 colonne antérieure : disque
- 2 colonnes postérieurs : articulations

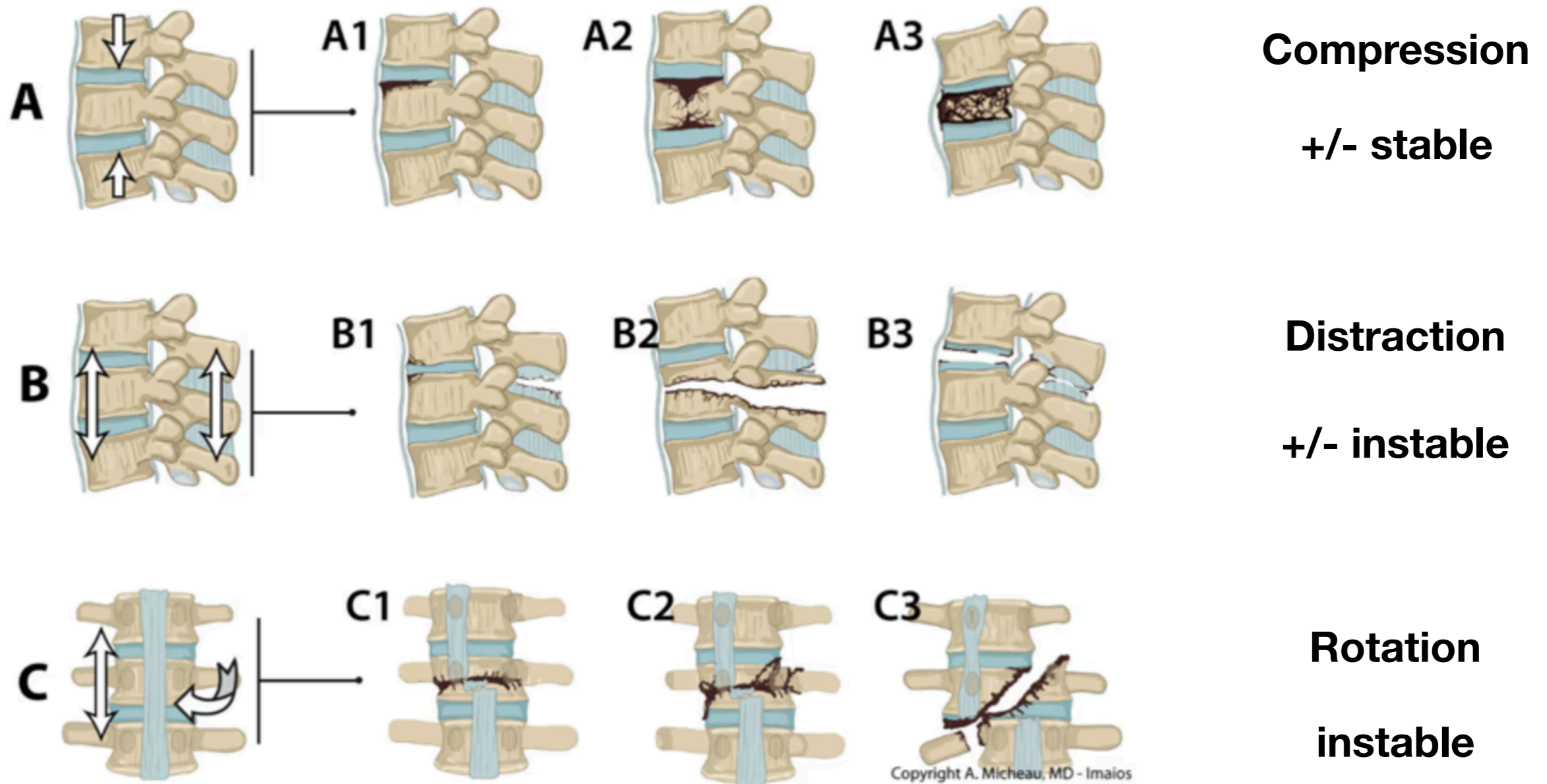
# Fractures rachidiennes

Problème de stabilité rachidienne

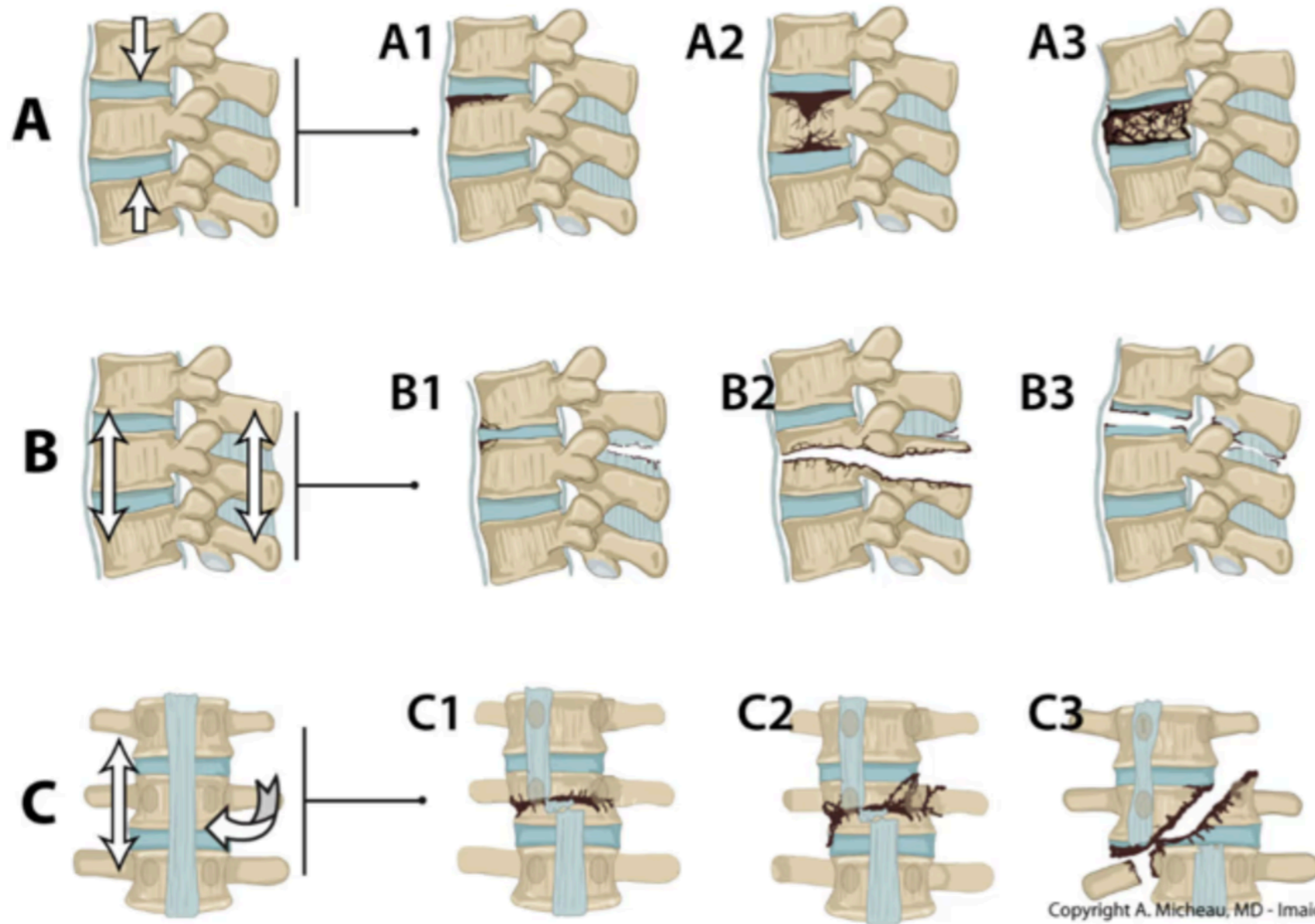
Problème neurologiques



# Classification (Magerl)



# En neurochirurgie



**Compression**

**+/- stable**

**Distraction**

**+/- instable**

**Rotation**

**instable**



**1er janvier  
après un réveillon un peu alcoolisé**

**Fracture type C ?  
Luxation complète ?**

**Paraplégie !**

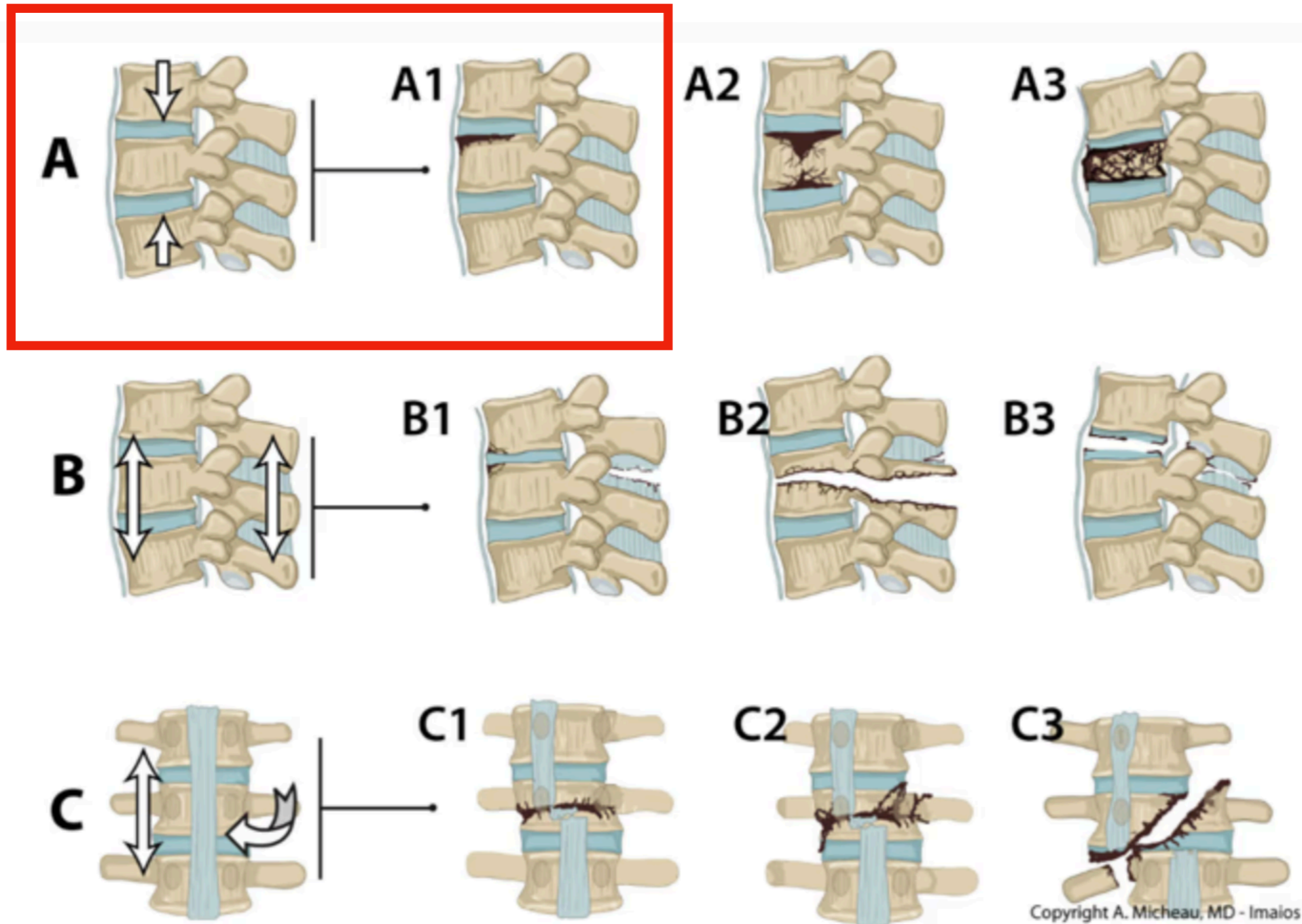


**Fracture type C**



**Paraplégie**

# En médecine générale





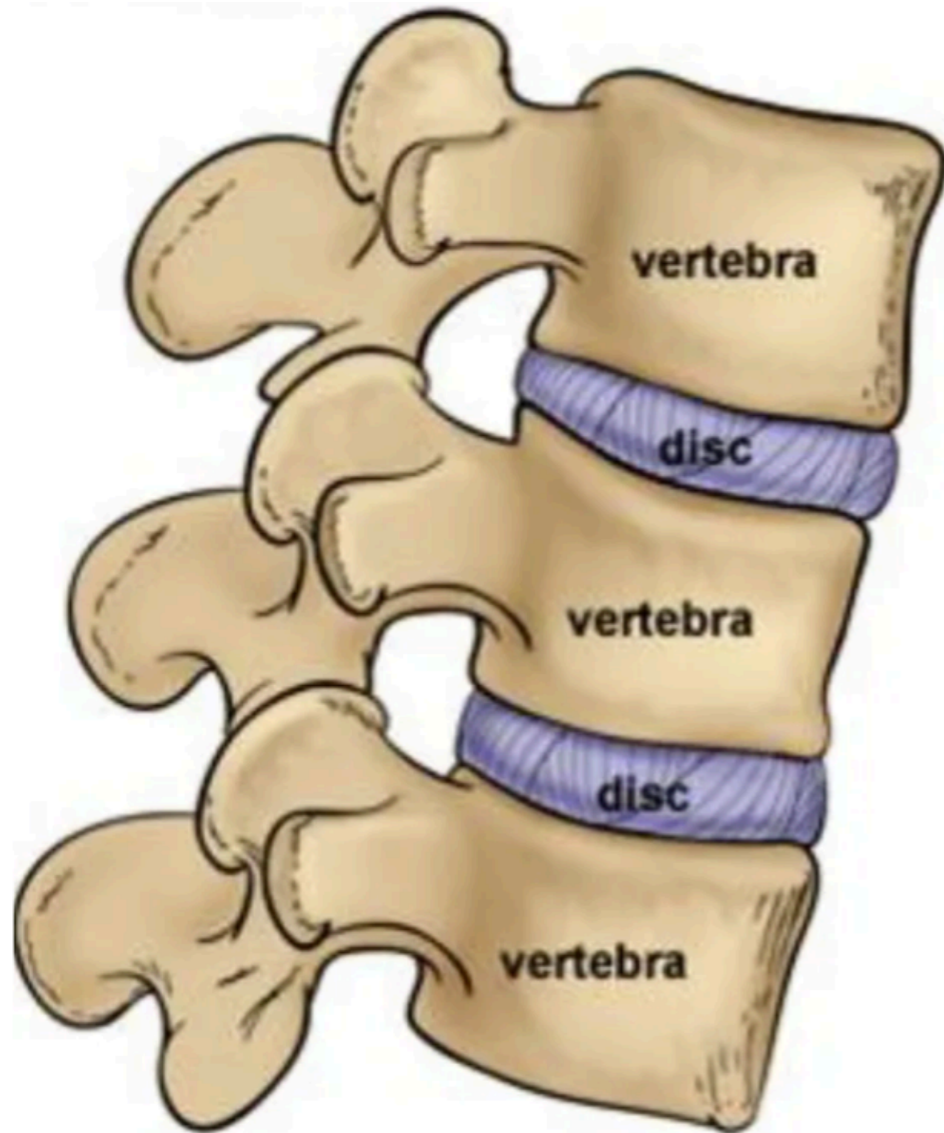
**Fracture en compression type A1**

# Tassement : double problème

Problème à la phase aiguë : douleur en lien avec fracture

Problème à distance : troubles de la statique vertébrale et leurs complications

# Equilibre sagittal



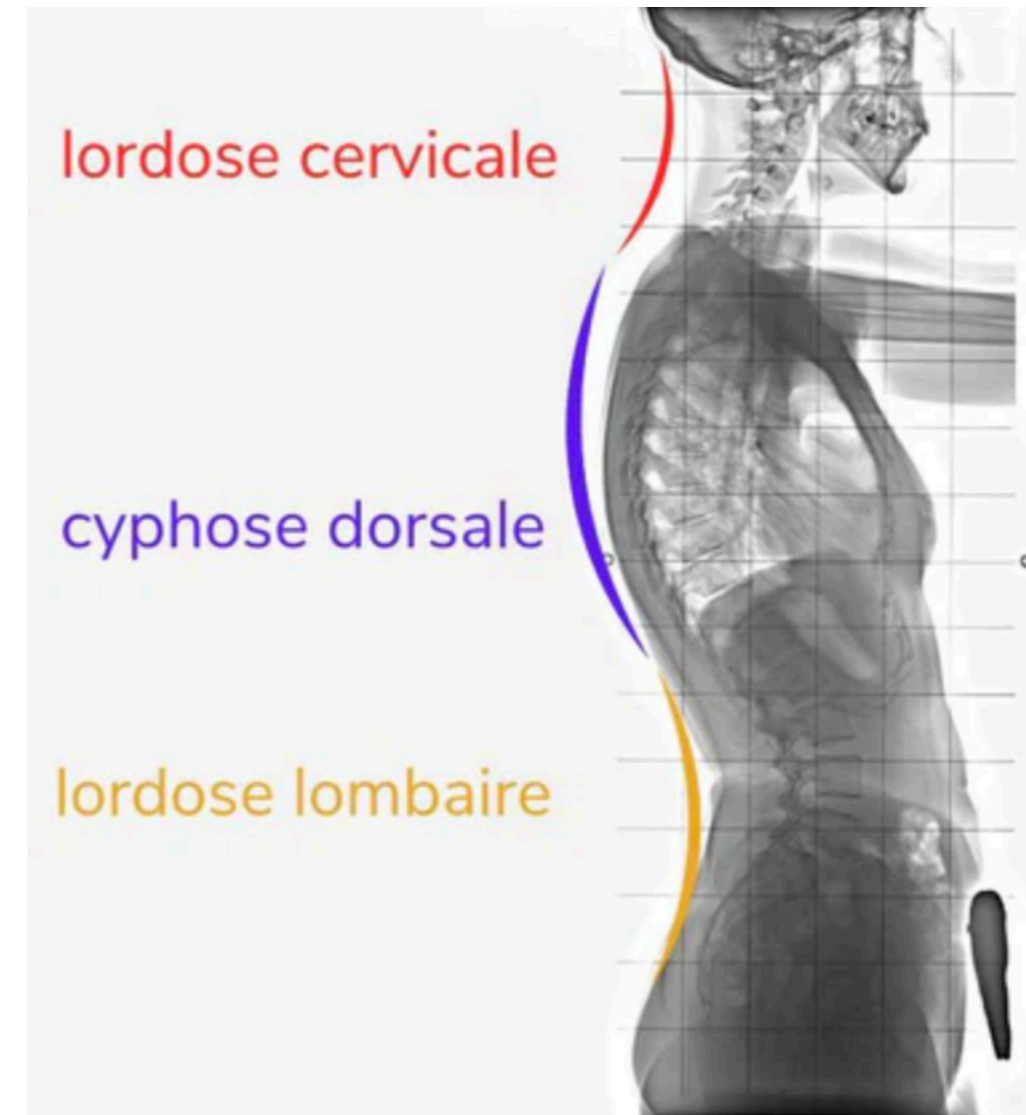
Equilibre ok

Tête au dessus  
du bassin

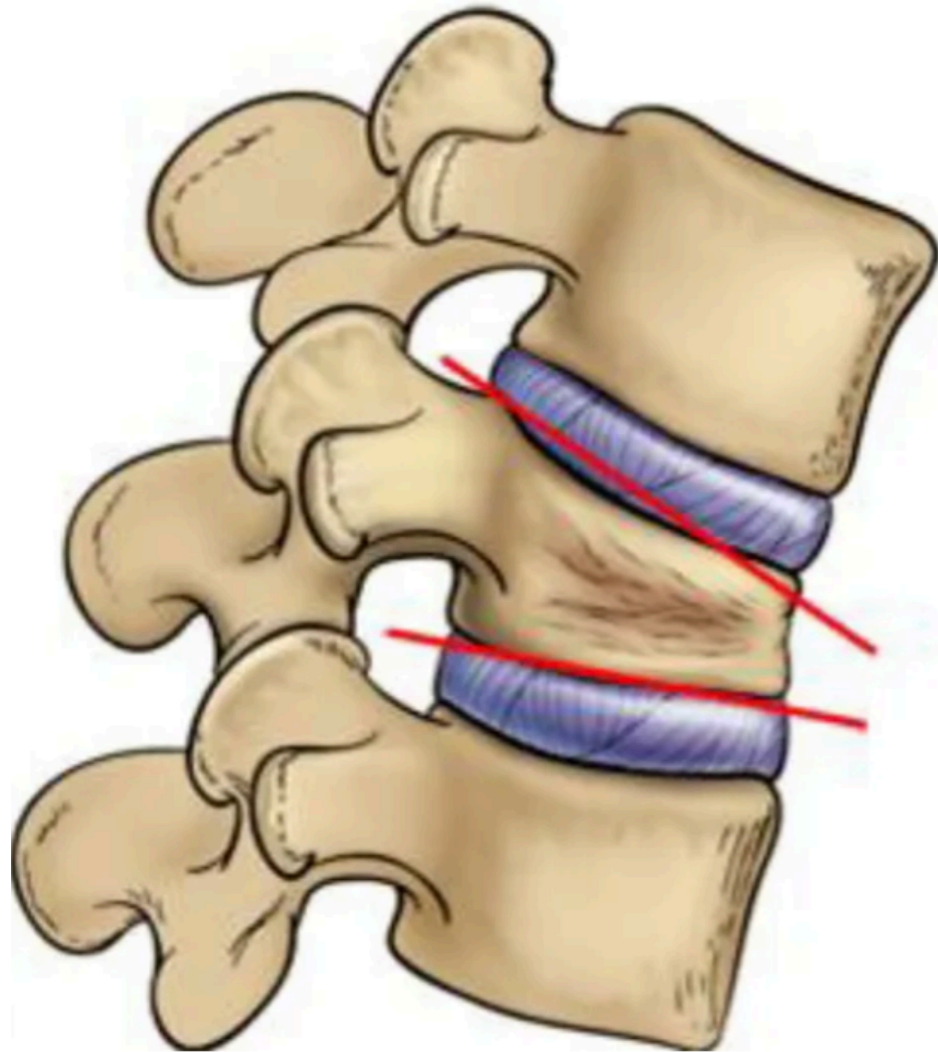
lordose cervicale

cyphose dorsale

lordose lombaire



# Equilibre sagittal



Déséquilibre  
sagittal antérieur

Tête très  
nettement en  
avant du bassin



# Piège du tassement ancien (1/3)

Tassement vertébral : pathologie du sujet âgé

Tassement vertébral : pas toujours de traumatisme

Sujet âgé : douleurs rachidiennes arthrosiques

Bilan de débrouillage en médecine générale : radiographies (pas si fiable que ça)

# Piège du tassement ancien (2/3)

Vous prescrivez des radiographies à un patient qui présente des douleurs lombaires récentes. Il revient vous voir avec un compte rendu retrouvant de l'arthrose et un tassement de L2 possiblement récent.

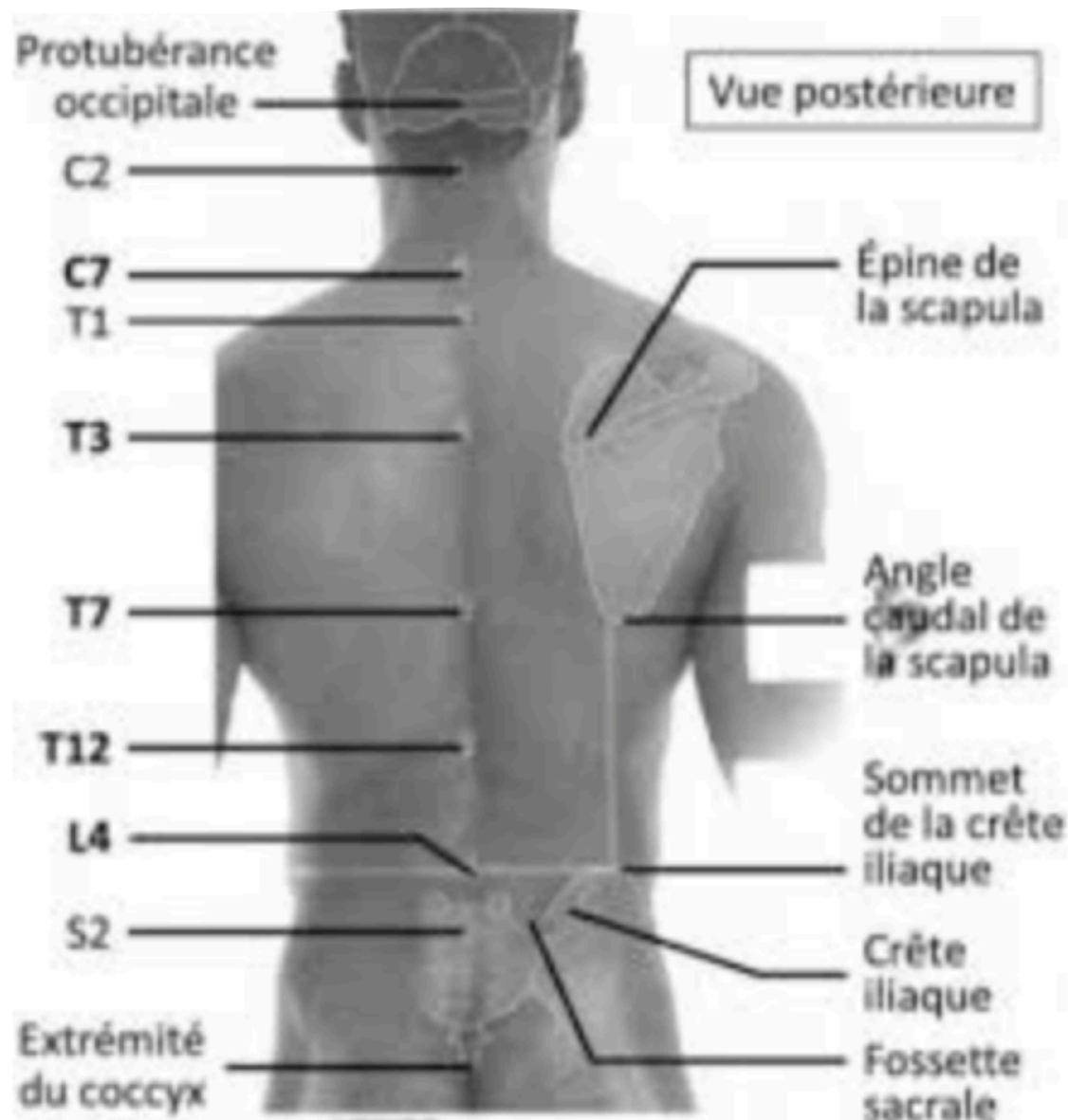
3 options pour les douleurs

- Tassement récent
- Tassement récent + arthrose
- Arthrose (donc tassement ancien)

S'aider de l'imagerie : IRM (pratique mais peu envisageable rapidement en médecine générale), **anciennes radiographies** (le tassement existait-il déjà ?) si tant est que les patient en ait déjà fait.

**S'aider de la clinique : un tassement récent est censé être douloureux à de la palpation locale**

# Piège du tassement ancien (3/3)



C7 : première épineuse palpable

T7 : partie inférieure de la scapula

T12 : dernière vertèbre reliée à des côtes

L4 : sommet de la crête iliaque

# Prise en charge

**Abstention** : tassement non douloureux (cas typique des tassements de découverte fortuite)

**Ceinture lombaire** : tassement lombaire récent chez un patient fragile

**Corset** : tassements multiples, tassements porotiques sévères, patient non fragile mais inopérable

**Chirurgie (kyphoplastie)** : tassement unique (ou  $< 4$ ) récent sans ostéoporose sévère.

# Piège du tassement ancien

Tassement vertébral : pathologie du sujet âgé

Tassement vertébral : pas toujours de traumatisme

Sujet âgé : douleurs rachidiennes arthrosiques

Bilan de débrouillage en médecine générale : radiographies (pas si fiable que ça)

# Ceinture lombaire / Corset

Prise en charge : **douleur uniquement**

Objectif : consolidation en place de la fracture

Pas d'impact sur la cyphose locale

3 mois au total

Suivi neurochirurgie / rhumatologue  
(idéalement premier suivi à 6 semaines pour  
vérifier absence aggravation cyphose)



# Chirurgie

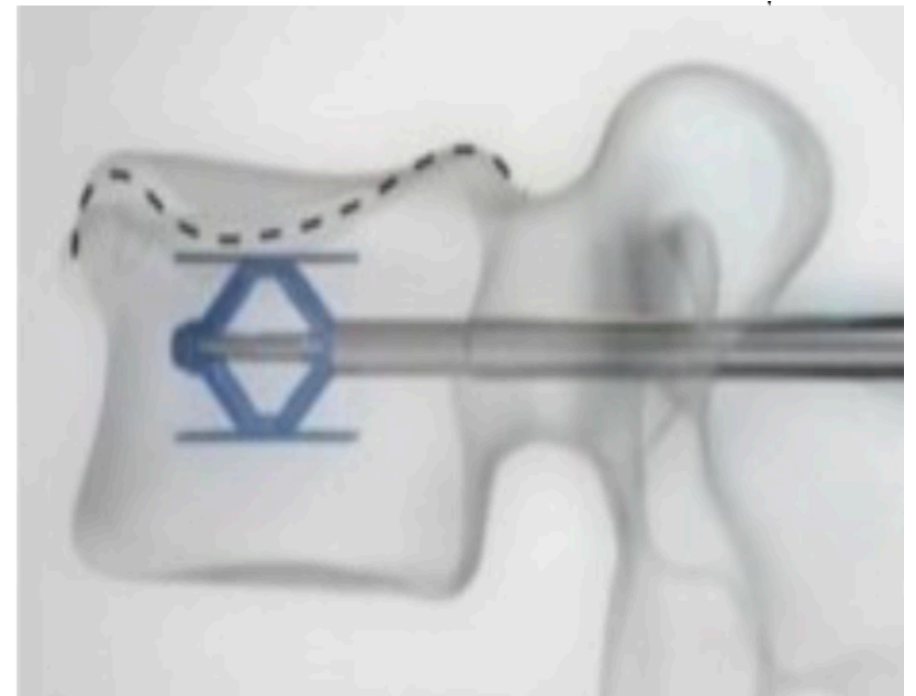
Prise en charge : douleur + cyphose

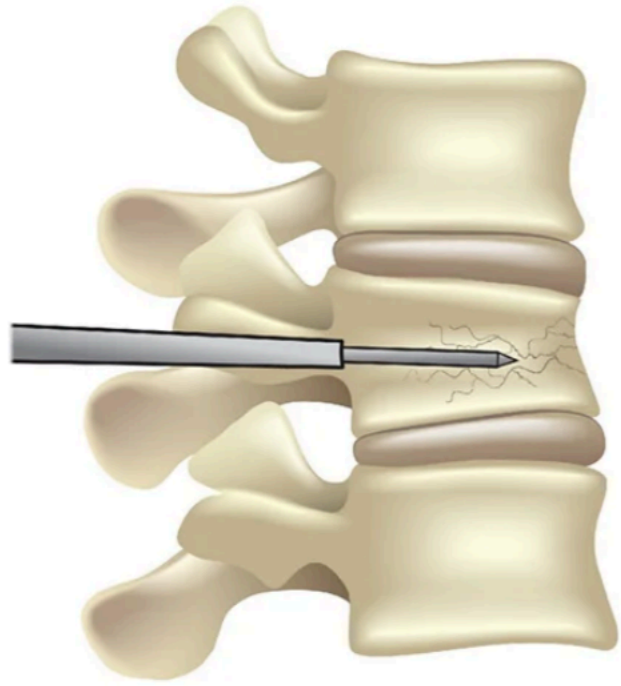
Objectif : consolidation de la fracture +  
**correction cyphose locale.**

Diminution des douleurs : 15 min (le  
temps que le patient se réveille)

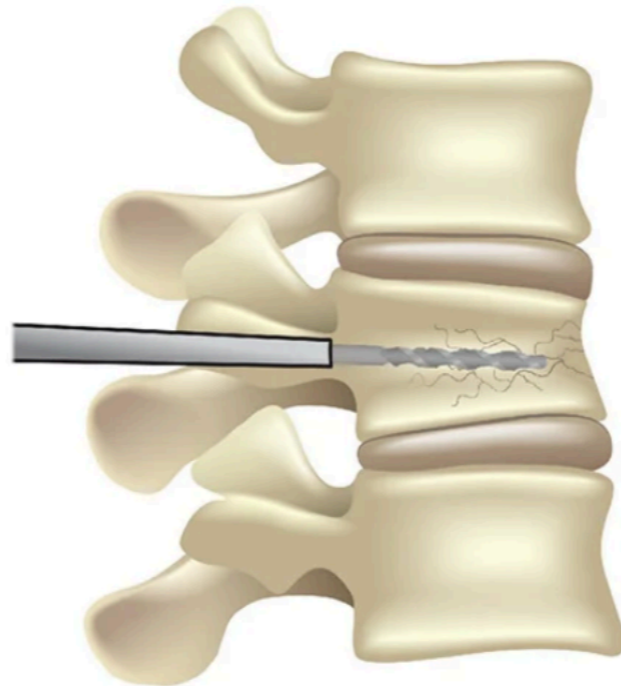
Convalescence plus rapide (évite 3 mois  
de corset)

Temps opératoire : 10 min





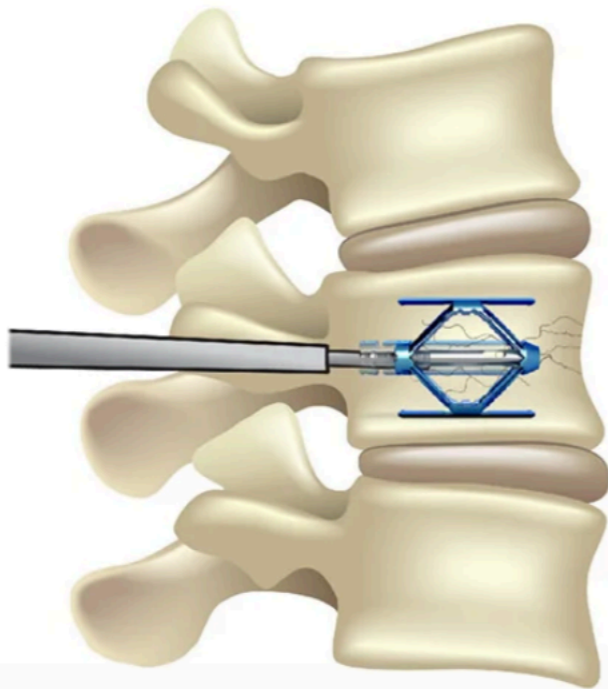
cannula inserted



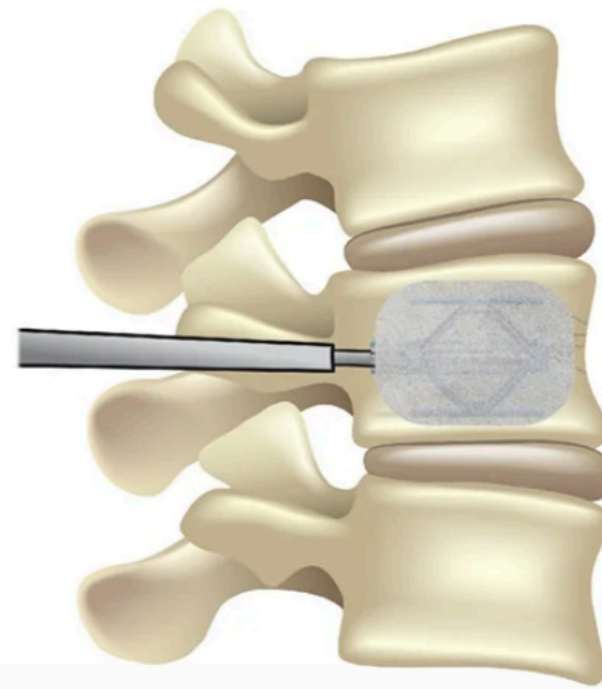
reamer inserted



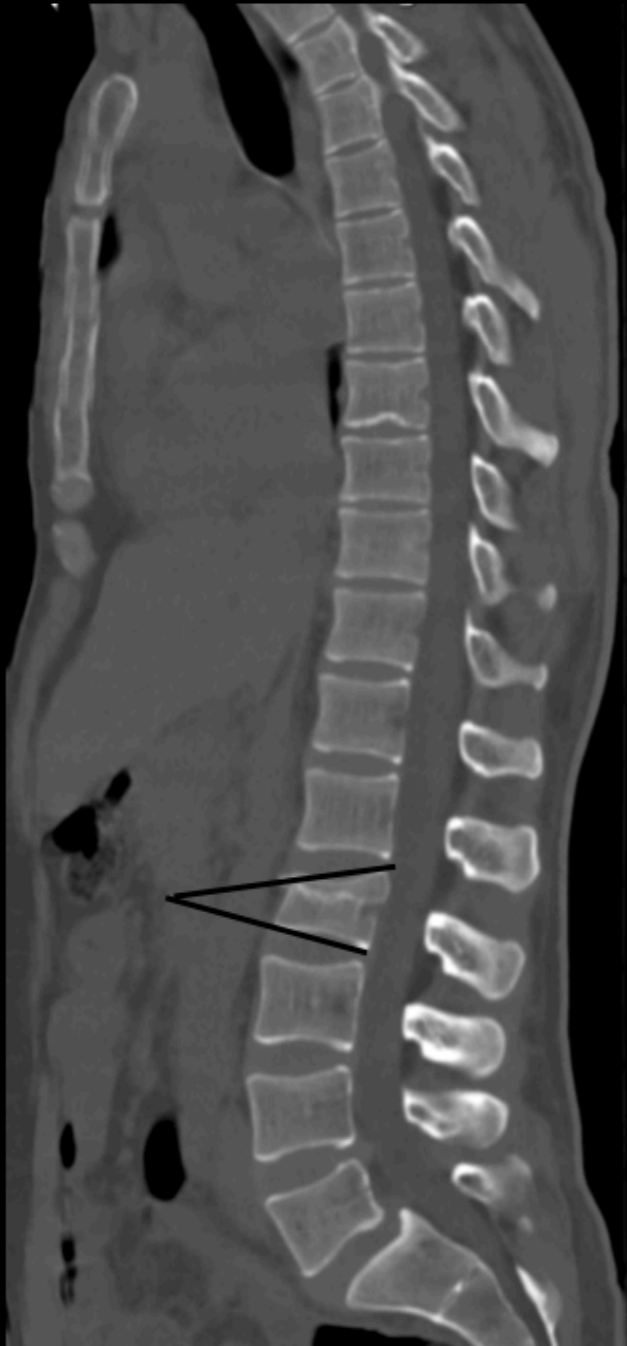
SpineJack® inserted

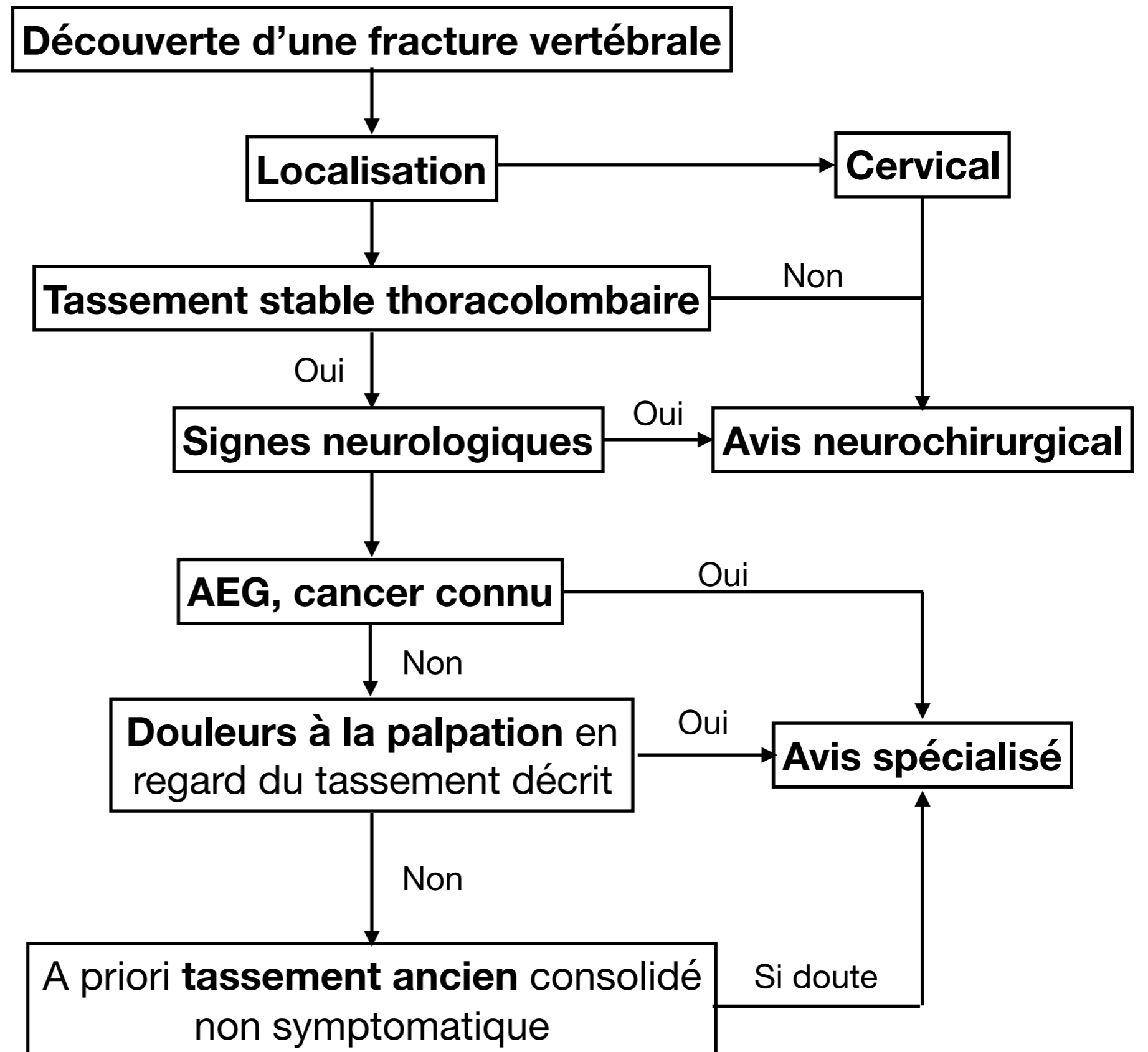


SpineJack® expanded



cement filled







PPAU



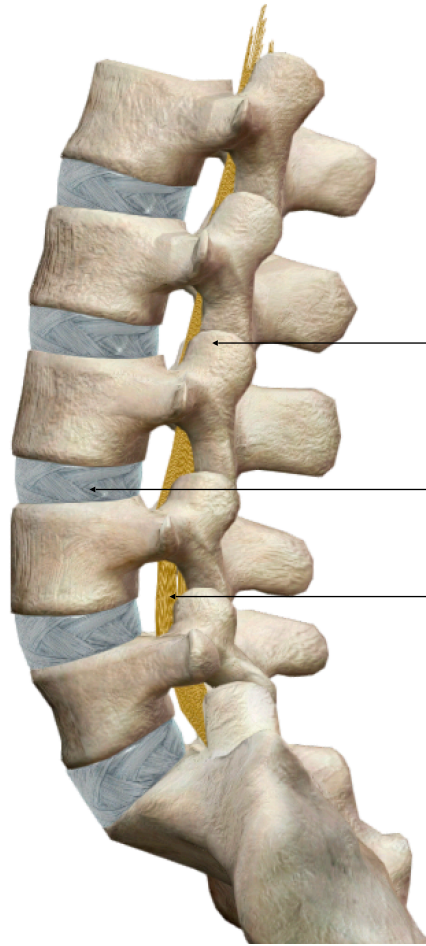
Polyclinique Pau Pyrénées

# Canal lombaire étroit

Docteur LAINÉ Gaetan  
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn  
21 mai 2026

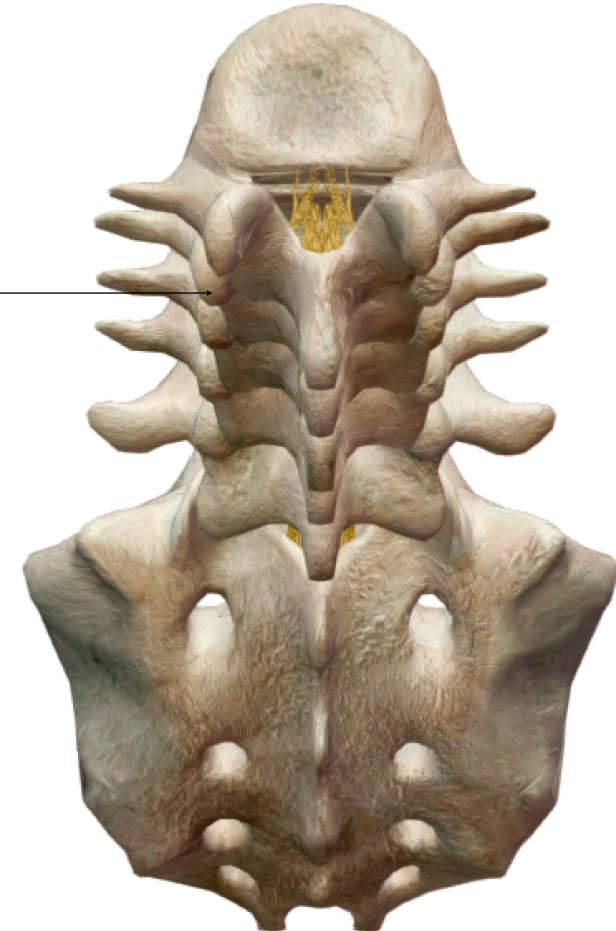
# Rappels anatomiques



Articulaires postérieures

Disque intervertébral

Racines de la queue de  
cheval



Rachis lombo-sacré, vue sagittale

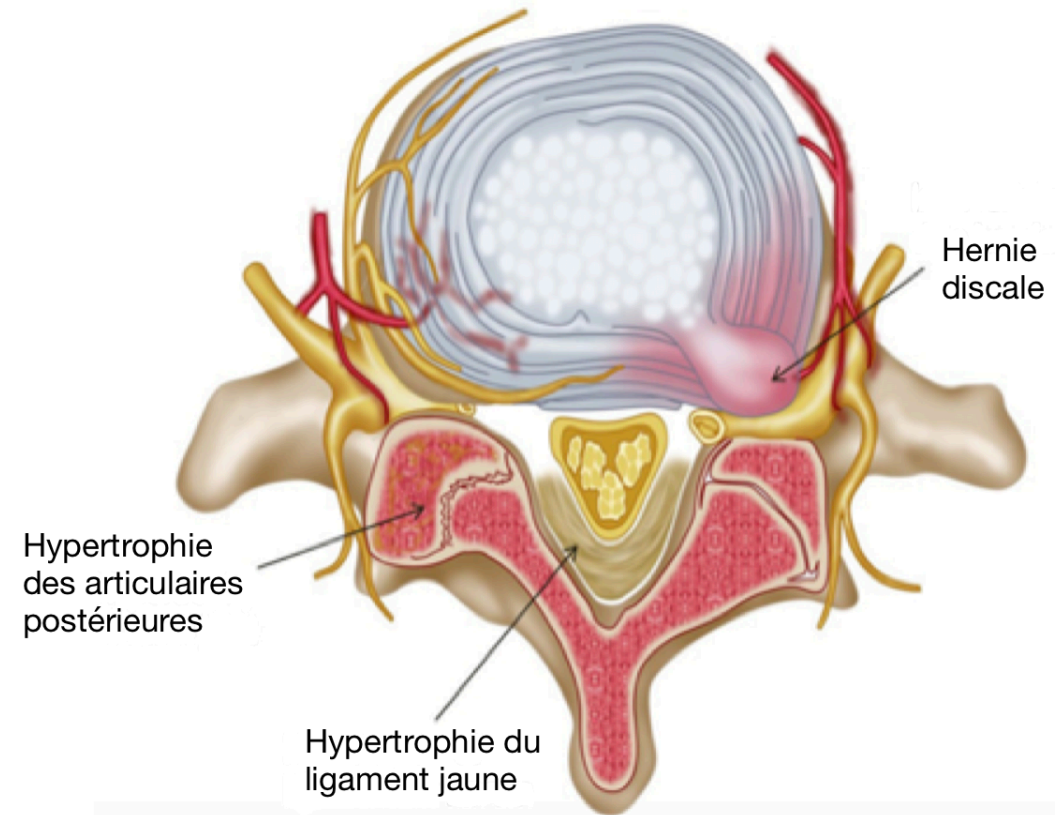
Rachis lombo-sacré, vue « axiale »

# Définition

Souffrance des racines de la queue de cheval

Au sein d'un canal lombaire de calibre anormalement diminué

Se majorant en lordose = claudication radiculaire intermittente



# Epidémiologie

**Pathologie fréquente en médecine générale**

**Prévalence en augmentation (vieillissement de la population)**

**Environ 10% des patients de plus de 65 ans**

# Terrain

Patient > 60 ans

Antécédents lombalgiques

Facteurs de risque : obésité/surpoids, diabète

# Clinique

## **Claudication radiculaire intermittente +++**

- Le plus souvent : **douleurs bilatérales**
- Parfois : douleurs unilatérale, paresthésies, faiblesse, fatigabilité

## **Lombalgies**

Instabilité à la marche / impression de marcher dans du coton

Hypoesthésie de topographie radiculaire

Troubles génitosphinctériens avec incontinence mictionnelle

# Examen clinique

## **Examen lombaire**

- Douleur palpation articulaires postérieures
- Raideur rachidienne
- Mise en hyperextension rachidienne : troubles ?

## **Examen radiculaire**

- Trajet des douleurs
- Lasègue
- ROT : diminués ou abolis
- Déficit sensitif ? Moteur ? Sphinctérien ?

## **Examen complet des membres inférieurs**

- Testing hanche
- Testing genou
- Pouls périphériques

# Eliminer diagnostic différentiel

Coxopathie → Testing de hanche

Gonarthrose → Testing du genou

AOMI → Terrain vasculaire  
Pouls périphérique

Pathologie médullaire → Paraparésie proximale progressive  
Babinski, ROT vifs

# Eliminer causes secondaires

| Pathologie                     | Interrogatoire                                                                                                          | Examen clinique                                                          |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Néoplasie</b>               | Atcd de cancer<br>AEG<br>Radiculalgies d'aggravation progressive<br><b>Horaire mixte ou inflammatoire</b>               | Déficit neurologique possible<br>Clinique en rapport avec primitif       |
| <b>Spondylodiscite</b>         | Atcd geste sur rachis<br>Immunodépression/diabète/<br>toxicomanie<br>Infection en cours<br><b>Horaire inflammatoire</b> | Fièvre, frissons<br>Déficit neurologique possible<br>Raideur rachidienne |
| <b>Tumeur intrarachidienne</b> | <b>Horaire inflammatoire</b><br>Douleurs nocturnes améliorées debout                                                    | Raideur rachidienne<br>Déficit neurologique possible                     |
| <b>Fracture</b>                | Traumatisme initial<br>Ostéoporose                                                                                      | Déficit neurologique possible<br>Douleur palpation rachidienne           |

# Éliminer situation d'urgence neurologique

**Assez rares dans le cadre du canal lombaire étroit dégénératif**

**Sciatique paralysante** : déficit moteur  $\leq 3/5$  (incapacité à lutter contre résistance même minime)

**Sciatique hyperalgique** : douleur non soulagée par morphinique

**Syndrome de la queue de cheval** : parésie flasque des membres inférieurs, troubles sphinctériens, anesthésie en selle

# Examens complémentaires

Examens d'imagerie :

- Radiographies rachis lombaire F + P
- Scanner rachis lombaire
- **IRM rachis lombaire +++**

Electromyogramme

En cas de doute pour une cause secondaire :  
IRM rachis entier sans et avec injection



# Indication des examens complémentaires

**Pas de recommandation au niveau national**

Discutable pour les cas typiques d'évolution favorable ?

**Doute** diagnostic

**Évolution clinique défavorable** avec un traitement conservateur

Doute sur **cause secondaire**

**Situation d'urgence** ou doute sur situation d'urgence

**Avant infiltration ou avis chirurgical**

# Radiographies du rachis lombaire

Débrouillage, utile en médecine générale



Arthrose des  
articulaires  
postérieures

Rétrolisthésis  
dégénératif

Discopathie

# Scanner du rachis lombaire

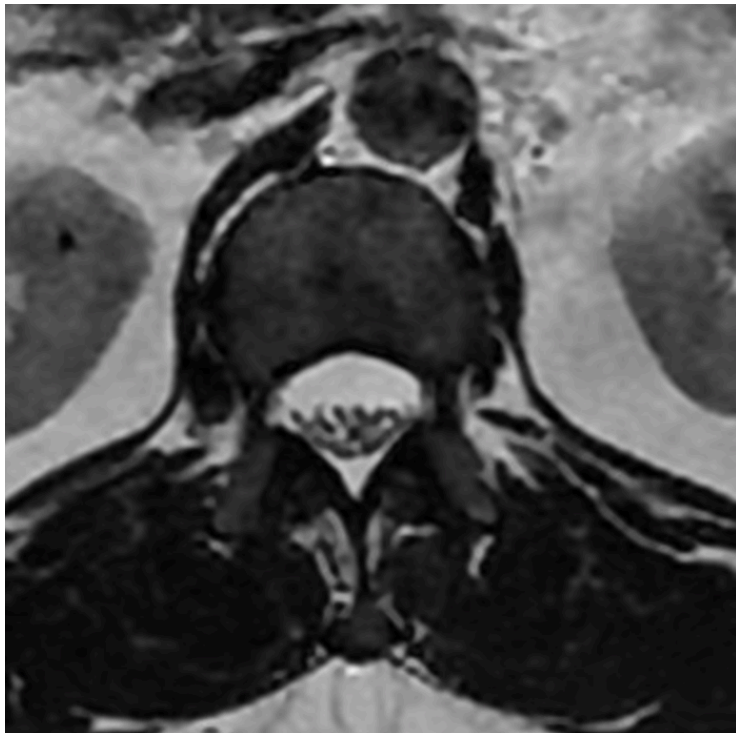
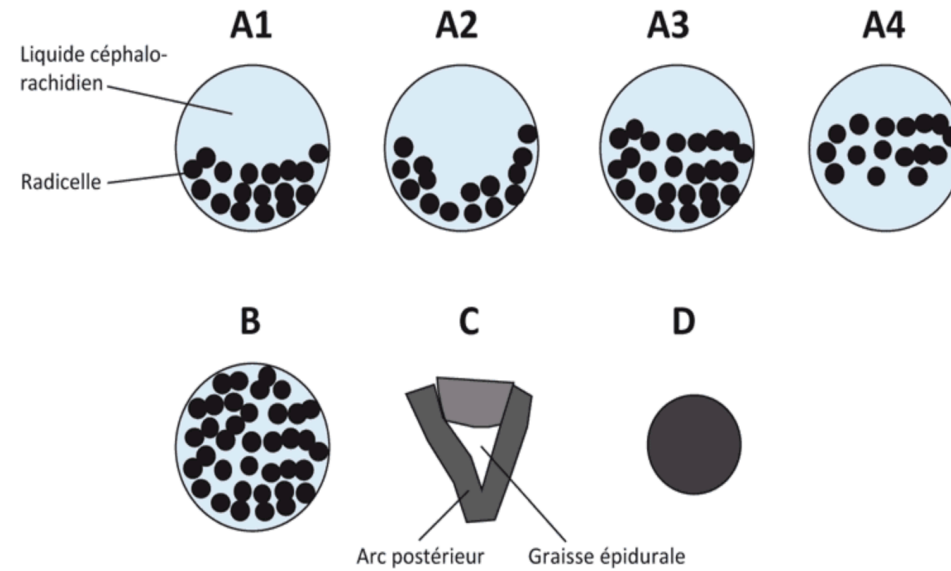
Plus performant



# IRM du rachis lombaire

## Examen de référence

## Grade de sévérité



# Electromyogramme

Indiqué en l'absence de corrélation entre clinique et imagerie

Spécificité faible (20-40% selon les séries)

Permet parfois d'objectiver l'atteinte radiculaire et sa topographie

# Evolution naturelle

Evolution : chronique et fluctuante

Risque de paralysie rare

Pas de risque majeur à différer une prise en charge chirurgicale

Degré de sténose canalaire : pronostic

**Table I.** Three-year visual analog scale assessment of 19 conservatively treated and 44 surgically treated patients (from [10]).

|                            | n  | Worse % | Unchanged % | Improved % |
|----------------------------|----|---------|-------------|------------|
| No surgery                 | 19 | 10      | 58          | 32         |
| Surgery, moderate stenosis | 30 | 20      | 7           | 57         |
| Surgery, severe stenosis   | 14 | 36      | 0           | 64         |

**Table V.** Correlation between anterior-posterior diameter and clinical outcome in 27 conservatively treated patients (from [11]).

| VAS result | n patients | AP diameter (mm) |
|------------|------------|------------------|
| Worse      | 4          | 4.7              |
| Unchanged  | 19         | 6.8              |
| Improved   | 4          | 8.2              |
|            | 27         |                  |

VAS: visual analog scale; AP diameter: anterior-posterior diameter.

# Prise en charge

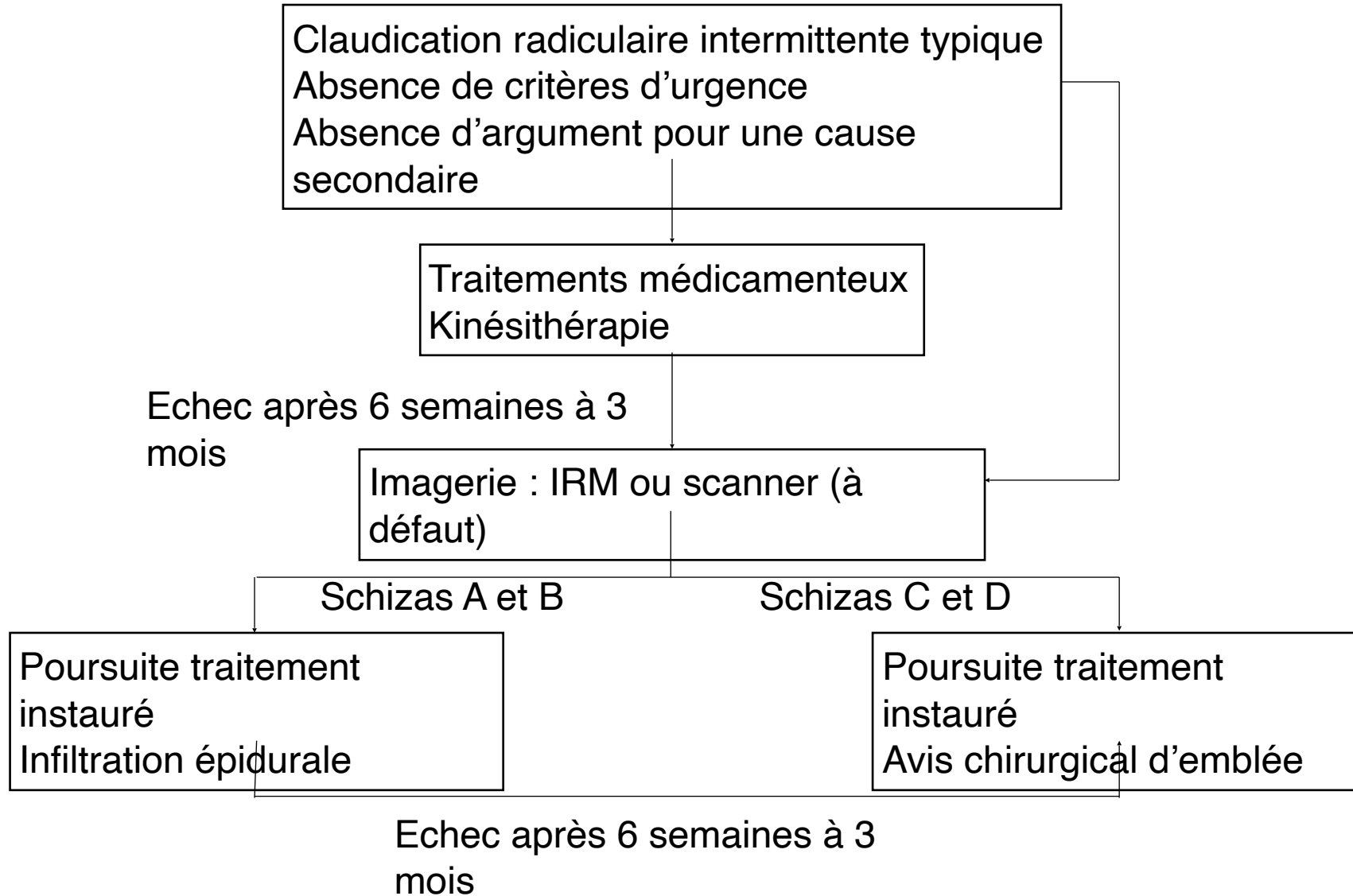
Objectifs : soulager douleur + améliorer autonomie

Traitement conservateur +++ : au moins 3 mois

- Médicaments
- Kinésithérapie
- Infiltrations

Traitement chirurgical

# Algorithme proposé



# Traitements médicamenteux

Identique à celui de la lombosciatique commune

Antalgiques classique : palier 1, 2 voire 3

AINS (en l'absence de contre indication en population âgée)

Médicaments à visée neuropathie

- Tricycliques (amytriptiline, clomipramine, imipramine) (grade A)
- Antiépileptiques (gabapentine, prégabaline) (grade A)

# Kinésithérapie

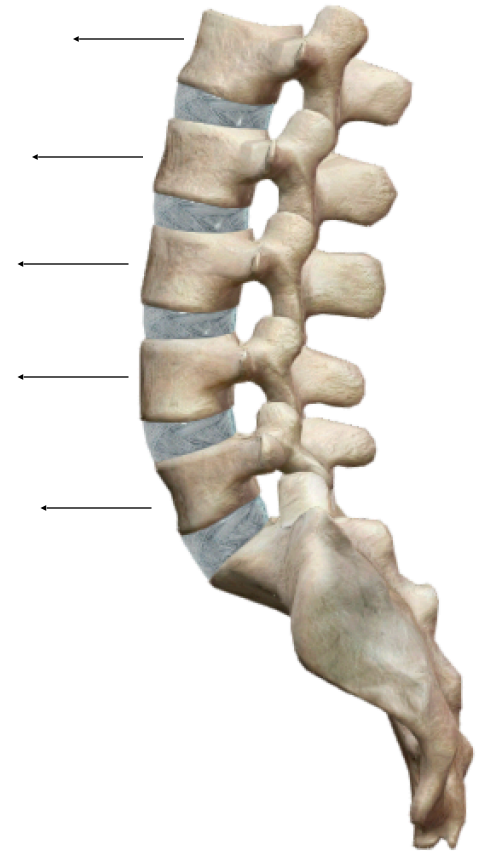
Objectif : diminuer les forces d'extension du segment lombaire

Rééducation active avec travail de délordose

- Renforcement musculature abdominale
- Exercices en flexion

Manipulations : pas d'intérêt

Bon résultats chez patients avec symptomatologie moyenne ou peu invalidante



# Infiltration

Nécessite une imagerie préalable

A réaliser en région **épidurale**

Hydrocortancyl

Amélioration fonctionnelle jusqu'à plus de 50% des cas à 1 an

Complications : très rares



# Chirurgie

Objectif : décompresser les structures nerveuses

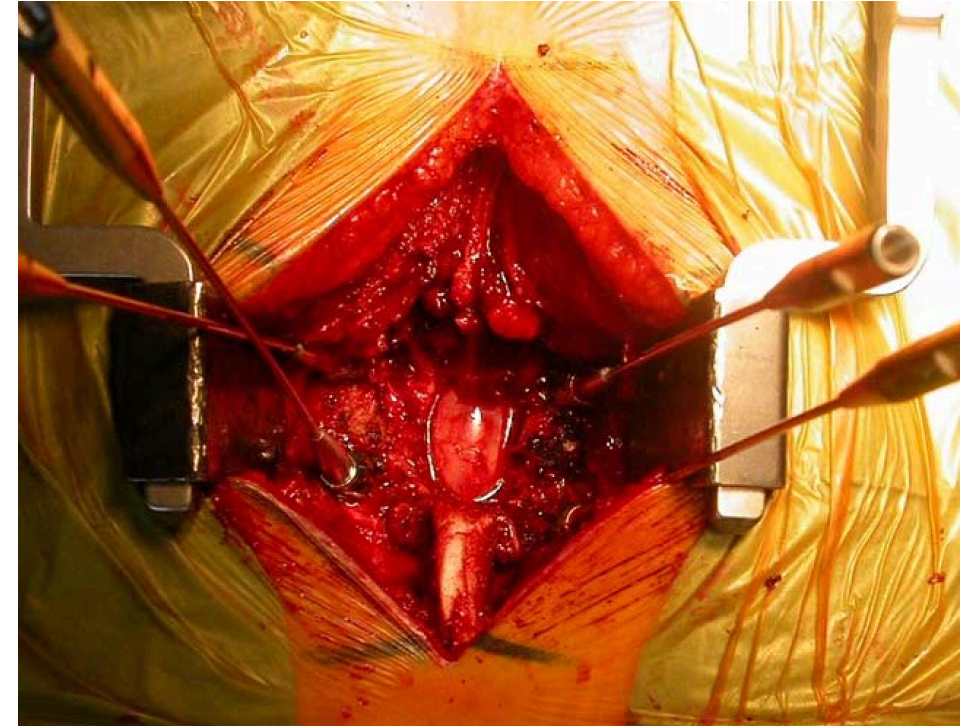
Efficace surtout sur les douleurs radiculaires

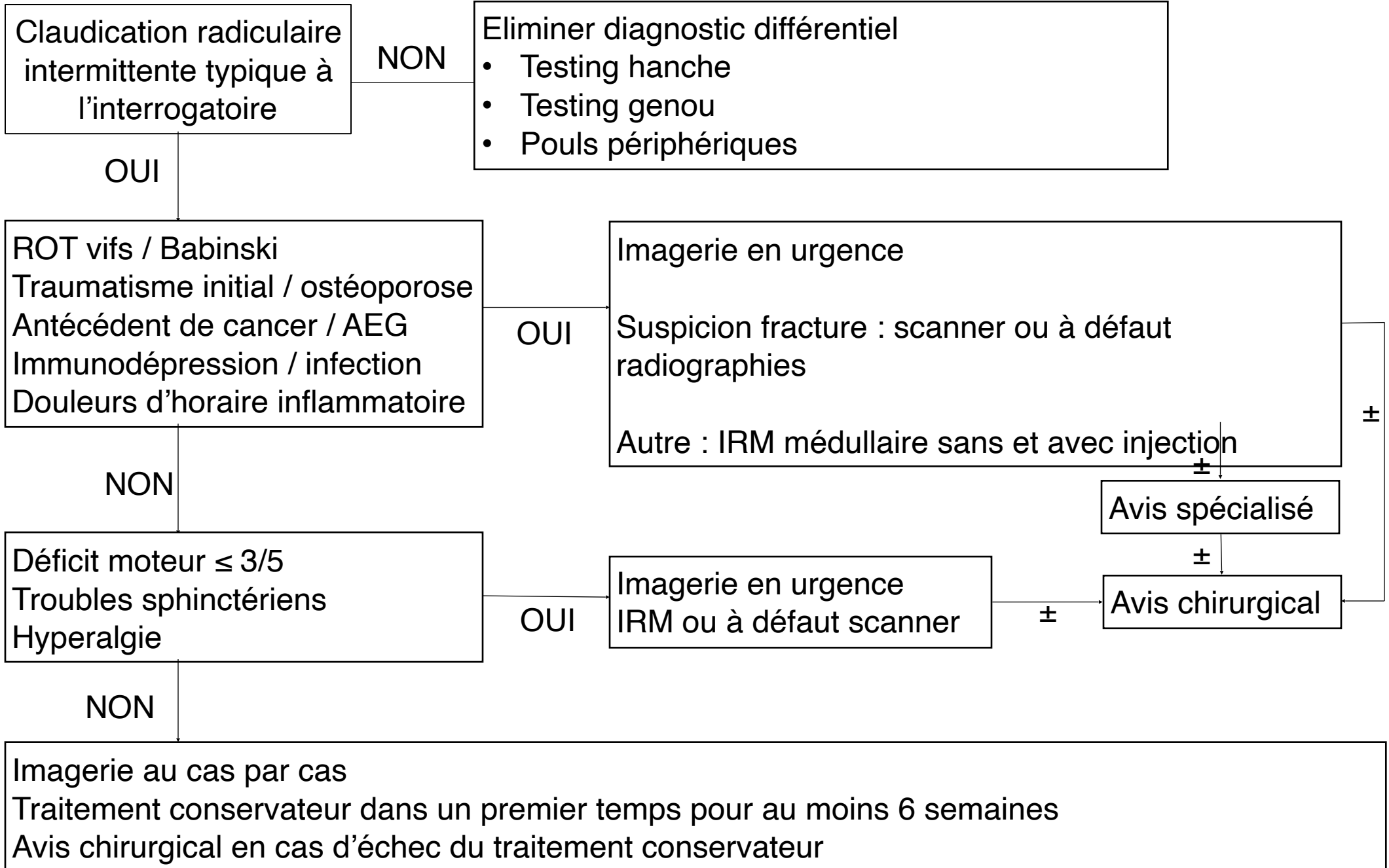
Geste programmé +++ : **échec d'un traitement conservateur bien conduit**

Geste en urgence : rare

Bon résultats (> 80% amélioration) sur les sténoses sévères (grade C et D Schizas)

Développement de **techniques mini-invasives** : meilleure récupération initiale





Claudication radiculaire intermittente typique à l'interrogatoire

NON

Eliminer diagnostic différentiel

- Testing hanche
- Testing genou
- Pouls périphériques

OUI

ROT vifs / Babinski  
Traumatisme initial / ostéoporose  
Antécédent de cancer / AEG  
Immunodépression / infection  
Douleurs d'horaire inflammatoire

OUI

Imagerie en urgence

Suspicion fracture : scanner ou à défaut radiographies

Autre : IRM médullaire sans et avec injection

±

NON

Avis spécialisé

±

Déficit moteur ≤ 3/5  
Troubles sphinctériens  
Hyperalgie

OUI

Imagerie en urgence  
IRM ou à défaut scanner

Avis chirurgical

±

NON

Imagerie au cas par cas

Traitement conservateur dans un premier temps pour au moins 6 semaines

Avis chirurgical en cas d'échec du traitement conservateur



# Hernie discale lombaire

Docteur LAINÉ Gaetan  
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn  
21 mai 2026

# Rappels anatomiques

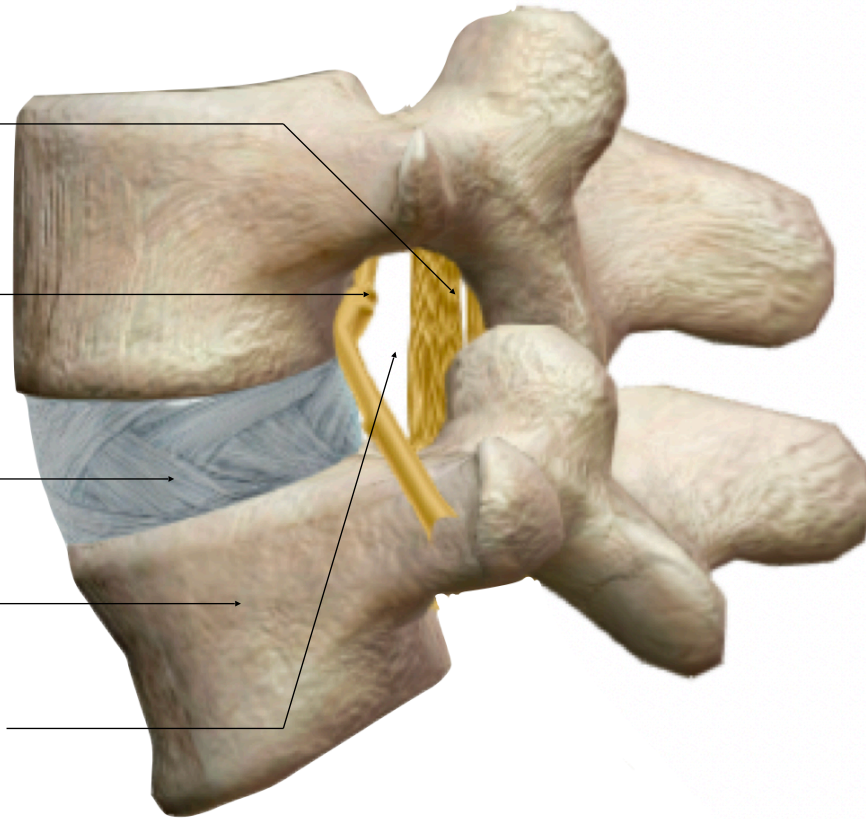
Queue de cheval  
(racines passantes)

Racine nerveuse  
(sortante)

Disque intervertébral

Vertèbre lombaire

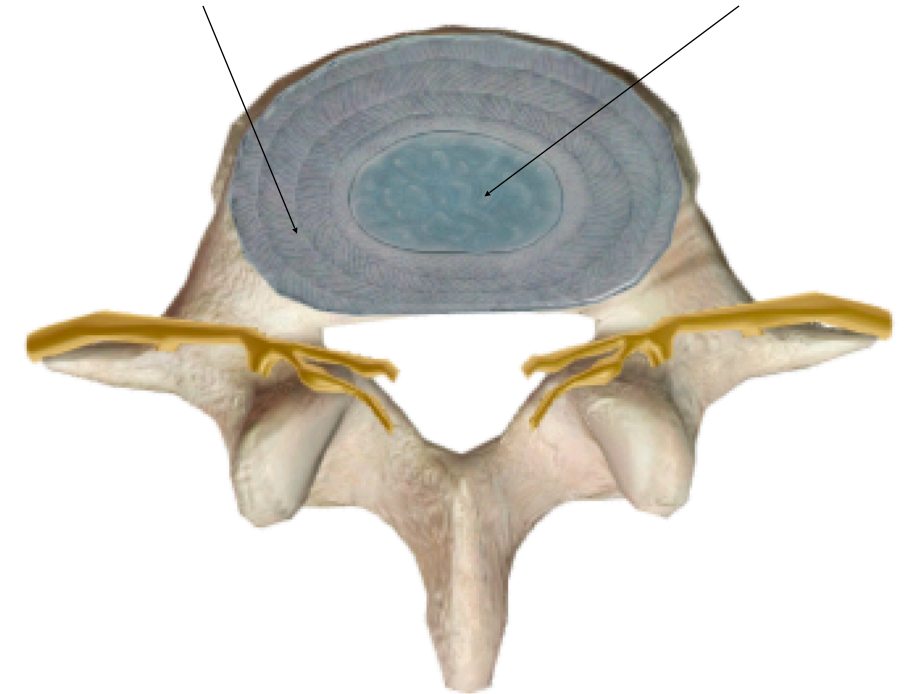
Foramen  
intervertébral



Complexe disco-vertébral, vue  
sagittale

Anneau fibreux

Noyau pulpeux



Disque intervertébral, vue axiale

Disque intervertébral : répartition des pressions exercées sur le rachis (amortisseur)

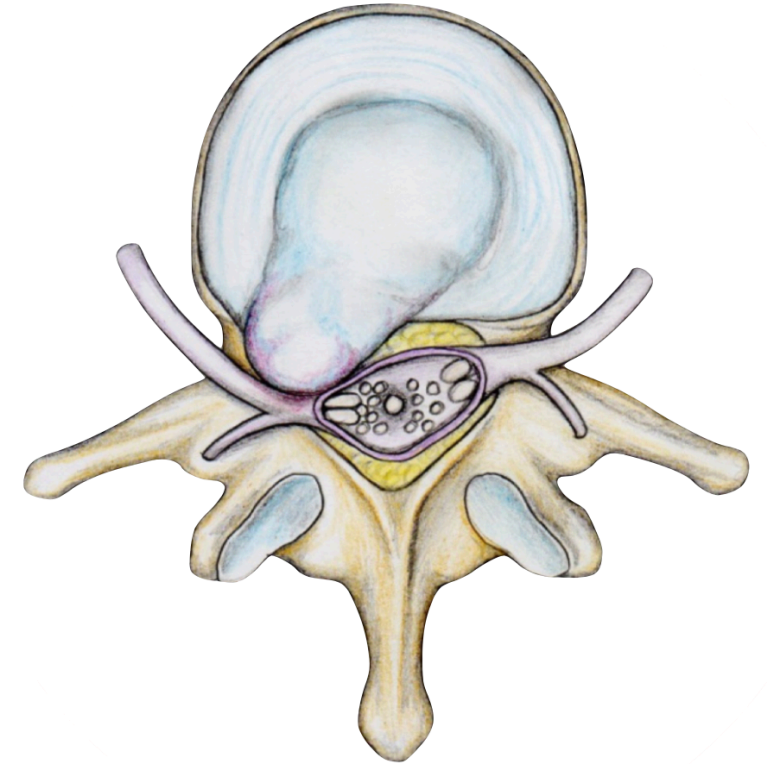
# Définition

**Migration d'un fragment de noyau pulpeux à travers une déchirure de l'anneaux fibreux discal**

La migration se fait le plus souvent en direction du canal rachidien entraînant une **compression éventuelle d'une ou plusieurs racines nerveuses**

Double origine de la souffrance radiculaire

- mécanique : conflit disco-radiculaire
- inflammatoire : œdème et congestion radiculaire



# Epidémiologie

Pathologie **fréquente** en médecine générale

2006-2014 : 258 000 actes chirurgicaux pour hernie discale lombaire

Taux d'incidence en population générale des cas chirurgicaux :

- 0,4 pour 1 000 femmes
- 0,5 pour 1 000 hommes

# Terrain

Patient 20-50 ans

Sex ratio : 1

Antécédents lombalgiques

Facteurs de risque :

- Stress quotidien (professionnel/personnel/mixte)
- Tabagisme
- Manutention charges lourdes (maladie professionnelle)
- Génétique

# Clinique

## **Douleurs radiculaires du membre inférieur +++**

- **Unilatérale et monoradiculaire +++**
- Décharge électrique, brûlure
- Soulagée par le décubitus
- Impulsive lors des efforts à glotte fermée (toux, défécation)

## **Lombalgies**

- +/- Hypoesthésie de topographie radiculaire
- +/- Troubles génito sphinctériens avec incontinence mictionnelle
- +/- déficit moteur dans le territoire radiculaire concerné

# Examen clinique

## Examen lombaire

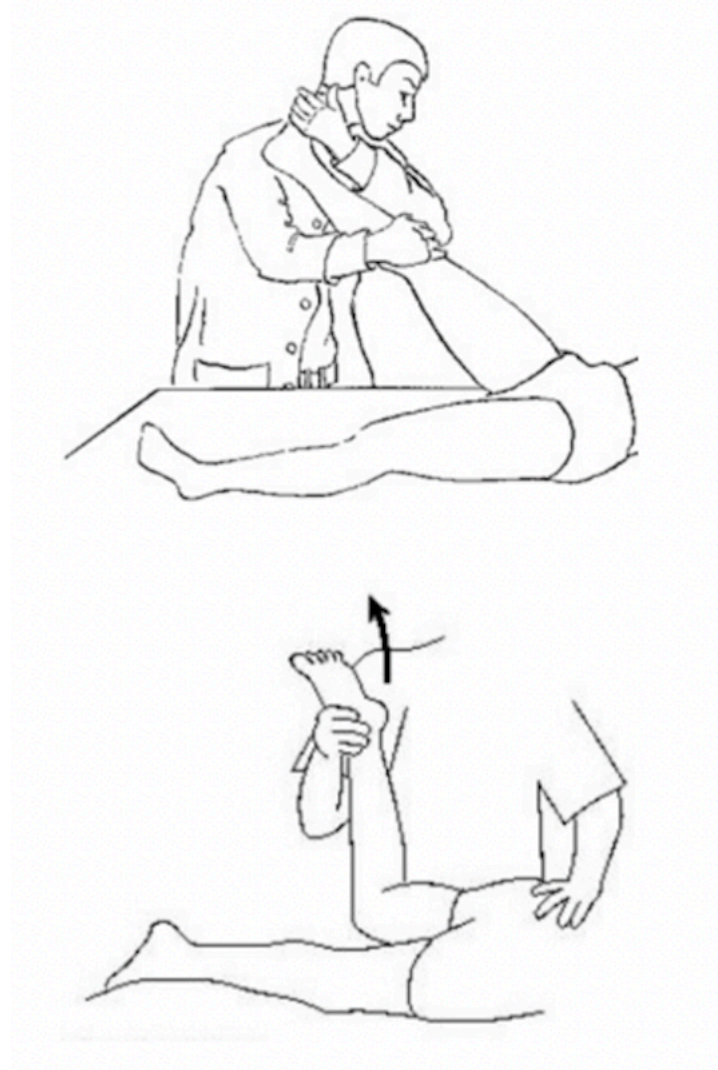
- Douleur palpation ?
- Raideur rachidienne ?
- Inflexion latérale antalgique ?
- Contracture musculaire paravertébrale ?

## Examen radiculaire

- Trajet des douleurs : dermatome précis ?
- Lasègue (sciatalgie) / Léri (cruralgie) ?
- ROT : diminués ou abolis ?
- Déficit sensitif ? Moteur ? Sphinctérien ?
- Amyotrophie (rare) ?

## Examen complet

- Testing hanche
- Testing genou
- Palpation abdominale
- Palpation rénale



Lasègue

Léri

# Echelle de cotation musculaire MRC

|   |                                                            |
|---|------------------------------------------------------------|
| 0 | Absence de mouvement, absence de contraction musculaire    |
| 1 | Contraction musculaire visible, sans mouvement             |
| 2 | Mouvement possible si l'effet de la pesanteur est supprimé |
| 3 | Mouvement possible contre la pesanteur                     |
| 4 | Mouvement possible contre une résistance                   |
| 5 | Force musculaire normale                                   |



Douleur radiculaire récente

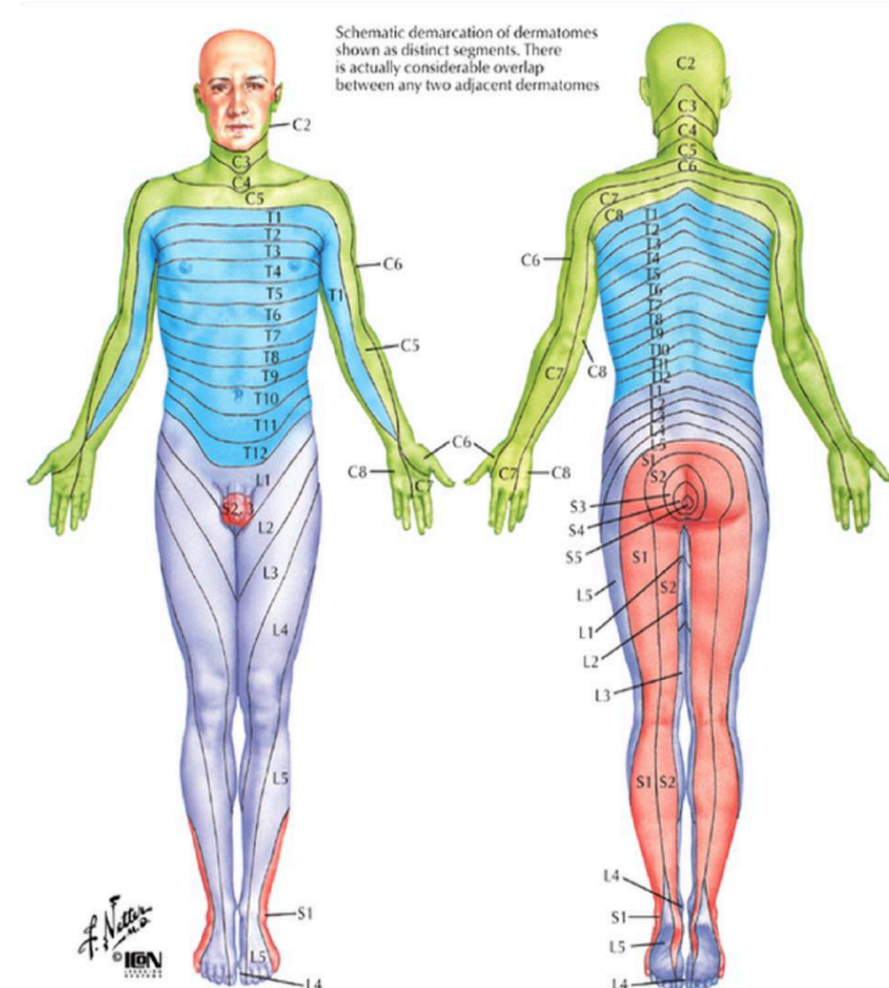
+

Déficit musculaire  $\leq 3/5$  dans le  
même territoire

Avis chirurgical en  
urgence

# Systematisation neurologique

| Racine | Trajet douleur                                                                                        | Testing                          | ROT        |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|
| L3     | Face antérieure cuisse<br>Face interne genou                                                          | Flexion cuisse sur bassin        | ± Rotulien |
| L4     | Face antéro-latérale cuisse<br>Genou<br>Face antéro-interne jambe<br>Malléole interne                 | Releveur pied<br>Extension jambe | Rotulien   |
| L5     | Face latérale cuisse<br>Face latérale jambe<br>Dos du pied<br>Hallux                                  | Releveur pied<br>Releveur hallux |            |
| S1     | Face postérieure cuisse<br>Face postérieure jambe<br>Dos du 5 <sup>ème</sup> orteil<br>Plante du pied | Extenseur pied                   | Achilléen  |



# Éliminer diagnostic différentiel

|                              |   |                                |
|------------------------------|---|--------------------------------|
| Coxopathie                   | → | Testing de hanche anormal      |
| Gonarthrose                  | → | Testing du genou anormal       |
| Syndrome du muscle piriforme | → | Douleur fesse, position assise |
| Méralgie paresthésique       | → | Non mécanique, Lasègue négatif |
| Colique néphrétique          | → | Contact lombaire, hématurie    |

# Eliminer causes secondaires

| Pathologie                     | Interrogatoire                                                                                                      | Examen clinique                                                          |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Néoplasie</b>               | Atcd de cancer<br>Age < 20 ans ou > 50 ans<br>AEG<br><b>Horaire mixte ou inflammatoire</b>                          | Déficit neurologique possible<br>Clinique en rapport avec primitif       |
| <b>Spondylodiscite</b>         | Atcd geste sur rachis<br>Immunodépression/diabète/toxicomanie<br>Infection en cours<br><b>Horaire inflammatoire</b> | Fièvre, frissons<br>Déficit neurologique possible<br>Raideur rachidienne |
| <b>Tumeur intrarachidienne</b> | <b>Horaire inflammatoire</b><br>Douleurs nocturnes améliorées debout                                                | Raideur rachidienne<br>Déficit neurologique possible                     |
| <b>Fracture</b>                | Traumatisme initial<br>Ostéoporose                                                                                  | Déficit neurologique possible<br>Douleur palpation rachidienne           |

# Éliminer situation d'urgence neurologique

**Sciatique paralysante** : déficit moteur  $\leq 3/5$  (incapacité à lutter contre résistance même minime)

**Sciatique hyperalgique** : douleur non soulagée par morphinique

**Syndrome de la queue de cheval** : parésie flasque des membres inférieurs, troubles sphinctériens, anesthésie en selle, béance anale

# 2 situations particulières

Parésie 4/5 de l'extenseur du gros orteil (L5)

- Fréquente
- Bon potentiel de récupération
- N'est pas une indication opératoire

Disparition des douleurs + apparition d'un déficit moteur :

- Probable ischémie radiculaire
- Disparition douleur = facteur de mauvais pronostic neurologique

# Examens complémentaires

Examens d'imagerie : (ANAES 2000)

- Scanner rachis lombaire
- **IRM rachis lombaire +++**

Electromyogramme : « pas d'intérêt pour une lombosciatique aiguë » (ANAES 2000)

**En cas de doute pour une cause secondaire :**  
**IRM rachis entier sans et avec injection**



# Indication des examens complémentaires

**Pas d'imagerie systématique dans la plupart des cas**

**ANAES 2000** : « En dehors de ... lombalgie dite symptomatique ou urgence, ... il n'y a **pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution** sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. **L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai** (accord professionnel). »

Doute sur **cause secondaire**

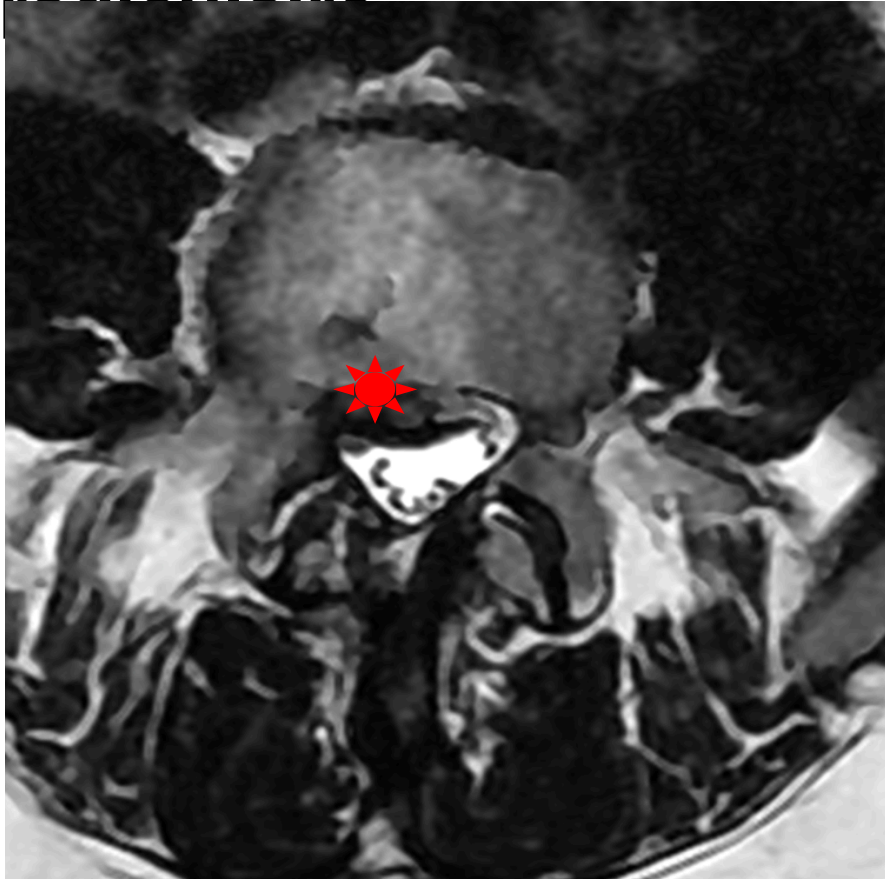
**Situation d'urgence** ou doute sur situation d'urgence

**Évolution clinique défavorable** avec un traitement conservateur > 6 semaines

**Avant infiltration ou avis chirurgical**

# IRM du rachis lombaire

**Examen de référence** pour la recherche d'un **conflit disco-**  
**vertébral**

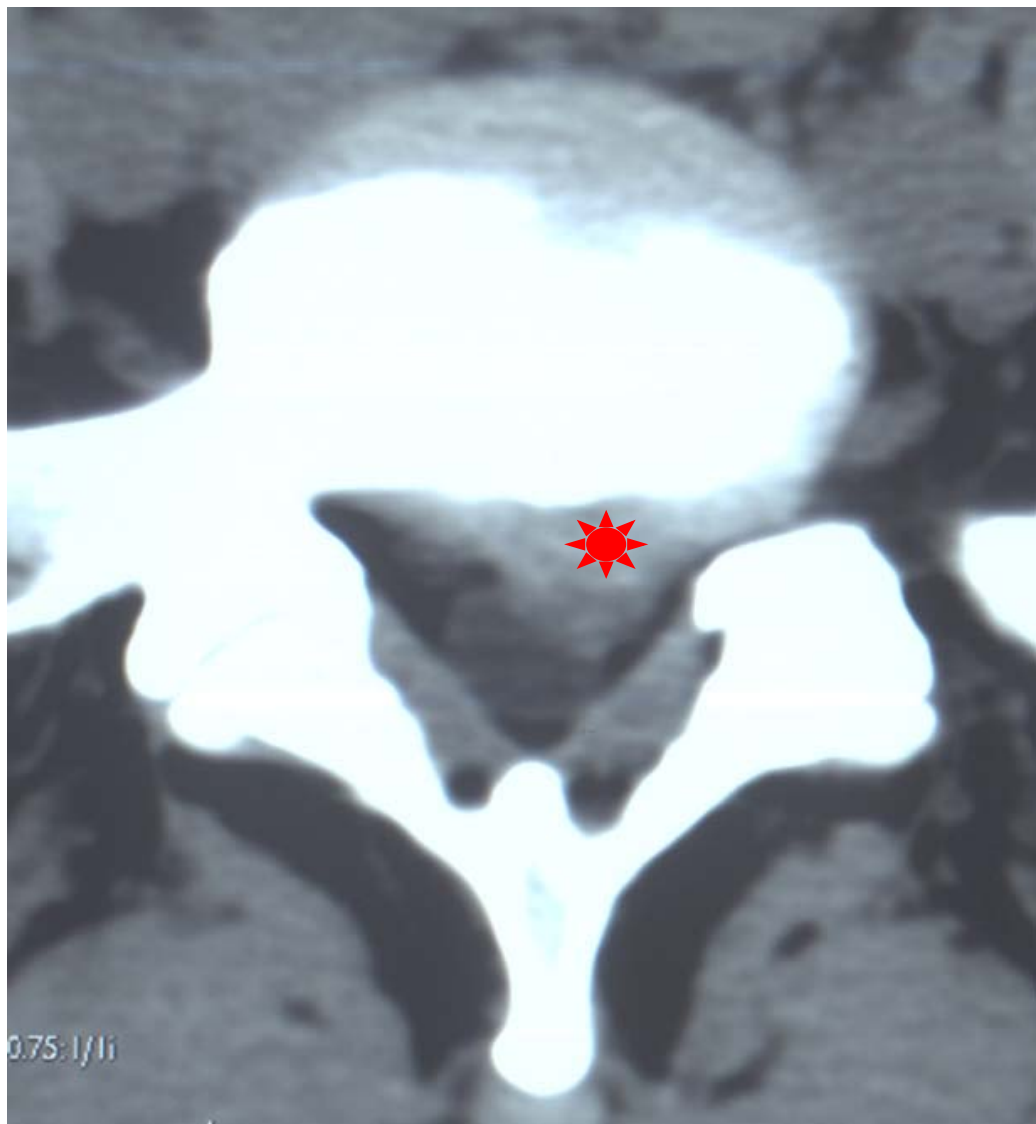


Hernie discale postéro-latérale L5-S1 droite  
Conflit avec la racine S1 droite



Hernie discale foraminale L5-S1 droite  
Conflit avec la racine L5 droite

# Scanner du rachis lombaire

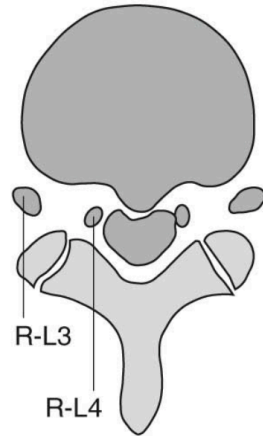


# Conflit disco-radriculaire

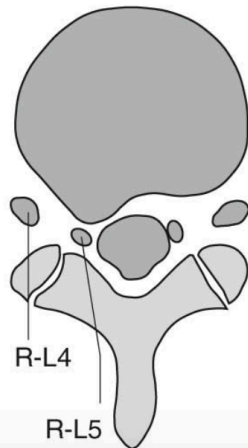
Hernie discale médiane / paramédiane

Conflit avec la ou les racine(s) passante(s)

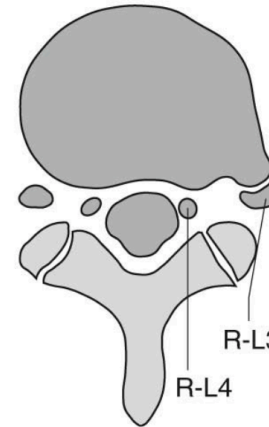
1-Hernie médiane L3-L4



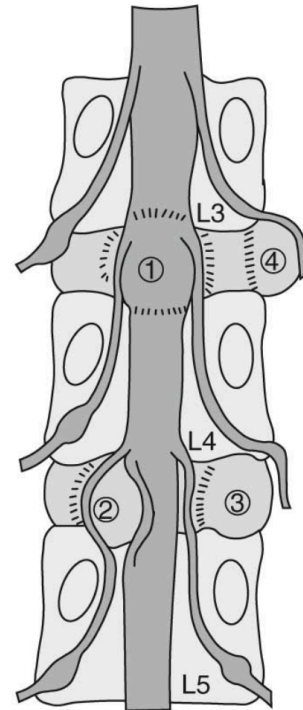
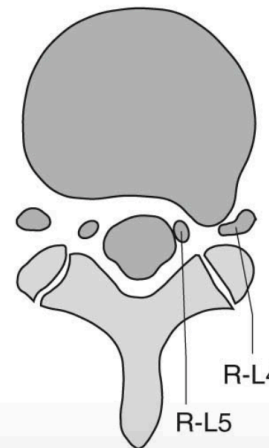
2-Hernie paramédiane L4-L5



4-Hernie extra-foraminale L3-L4



3-Hernie foraminale L4-L5



R = Racine

Hernie discale foraminale / extra-foraminale

Conflit avec la racine sortante

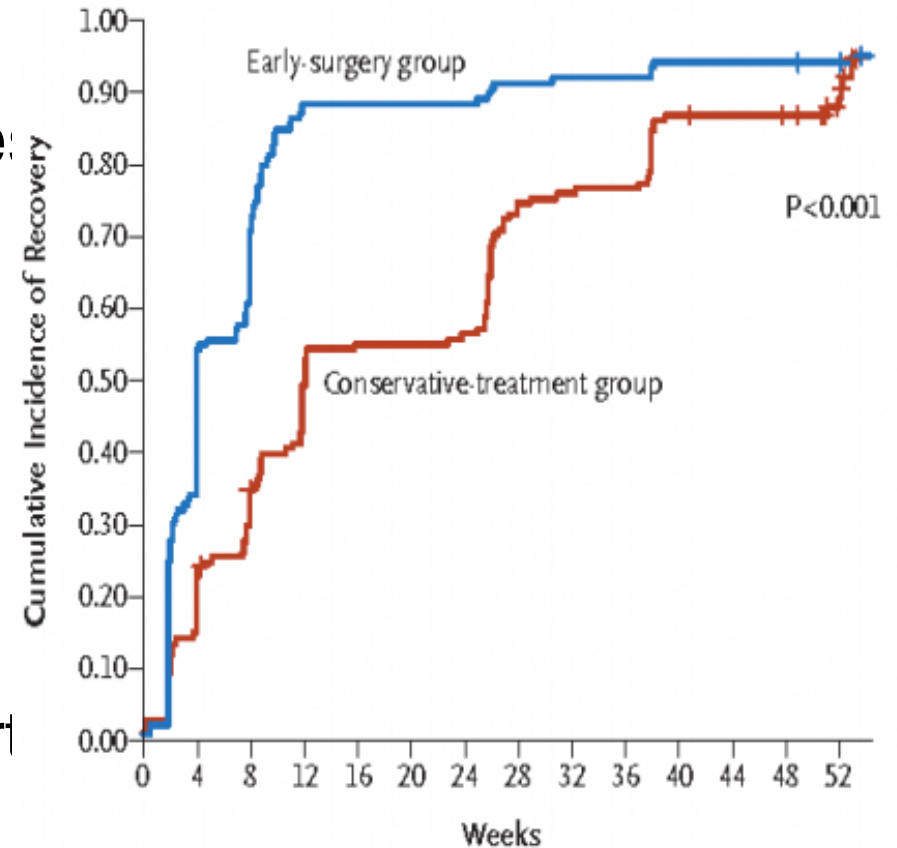
# Evolution naturelle

## Evolution naturelle : guérison

- 75% des cas : en moins de 10 semaines
- 95% des cas : en moins de 1 an

## Facteurs de « mauvais pronostic »

- Douleur > 30 jours
- Douleur plus importante en position assise
- Impulsivité à la toux, l'éternuement ou à l'effort
- IMC élevé
- Lasègue positif pour un faible degré



# Prise en charge

Objectifs : soulager douleur + améliorer autonomie

Traitement conservateur +++ : au moins 6 semaines

- Médicaments
- Infiltrations
- Kinésithérapie

Traitement chirurgical

**Education du patient** nécessaire pour éviter toute récurrence

# Repos à la phase aiguë ?

**Pas de bénéfice du repos au lit**

**Rester actif** dans les activités quotidiennes en fonction de la tolérance à leur douleur.

Si repos au lit indispensable (mauvaise tolérance station debout) : pas plus de 14 jours



gie

Kinésiophobie qui peut persister après guérison

# Traitements médicamenteux

## **A instaurer dès le début des symptômes**

- Antalgiques classiques : palier 1, 2 voire 3
- AINS
- Décontracturants musculaires

Médicaments à visée neuropathique : à discuter si échec après 4-6 semaines

# Kinésithérapie

Objectif : prévention des récives

A distance de la phase aiguë douloureuse

## **Renforcement des muscles érecteurs du rachis**

- Muscles dorsaux
- Muscles abdominaux

## **Travail de la posture rachidienne :**

- Travail proprioceptif en délordose
- Autoagrandissement

# Infiltration

Nécessite une imagerie préalable

Région **épidurale** : hernie postérolatérale

Région **foraminale** : hernie foraminale / extra-foraminale

Hydrocortancyl

Effet à 3 mois sur la douleur

Complications : très rares



# Chirurgie

Objectif : décompresser la/les racines nerveuses

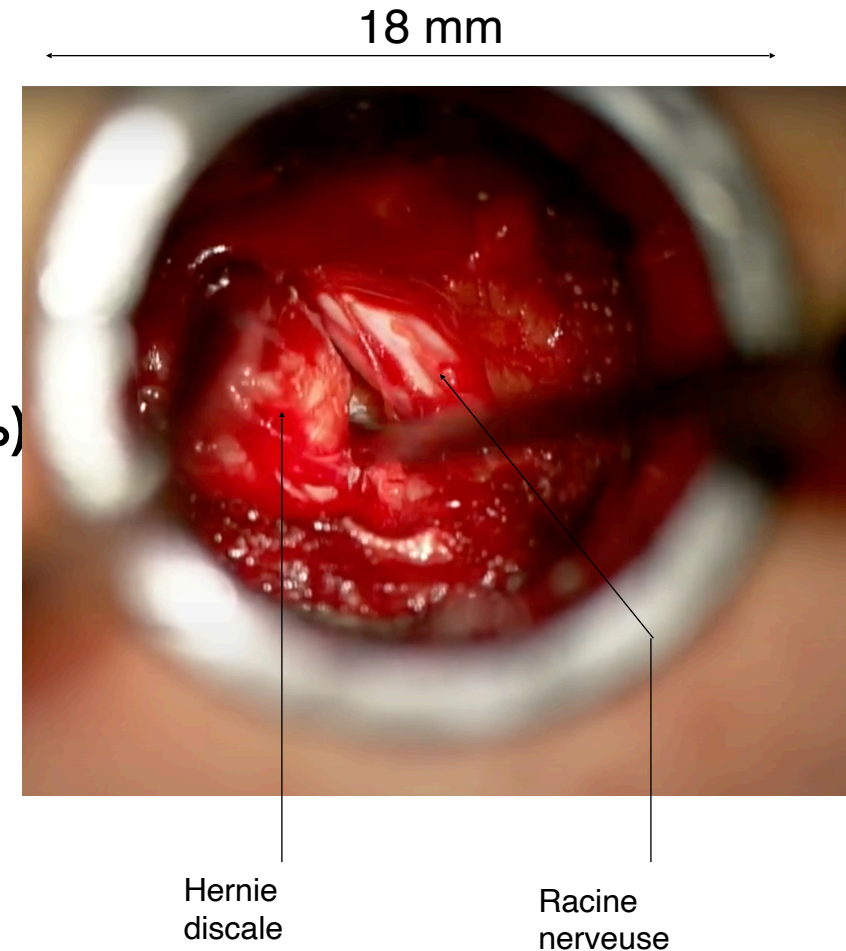
Possible en ambulatoire

Efficace sur radiculalgies (**amélioration et satisfaction > 90%**)

Geste programmé : **échec traitement conservateur bien conduit > 3 mois**

Geste en urgence : Sciatique paralysante / Sciatique hyperalgique / Syndrome queue de cheval

Développement de **techniques mini-invasives** : meilleure récupération initiale



# Education du patient

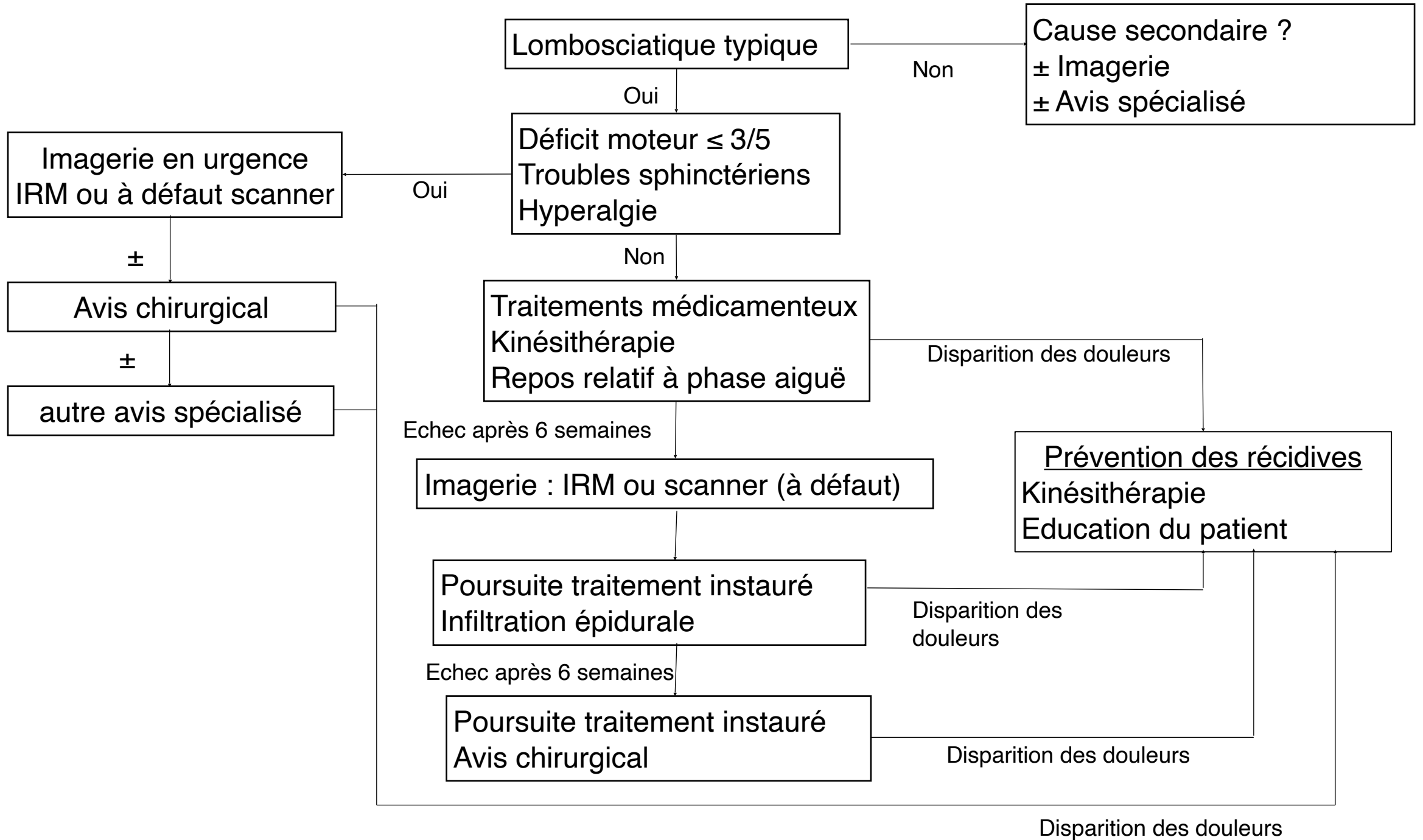
Pendant la crise douloureuse : **repos relatif = adaptation des activités physiques**

Une fois la crise douloureuse passée

- Renforcement musculaire du dos et des abdominaux
- Ne pas arrêter ses activités habituelles
- Perte de poids si nécessaire
- Travail des règles de « bonne hygiène vertébrale »



Si difficulté rencontrée : **Ecole du dos, application Activ'dos**





PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

# Hernie discale cervicale

Docteur LAINÉ Gaetan  
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn  
21 mai 2026

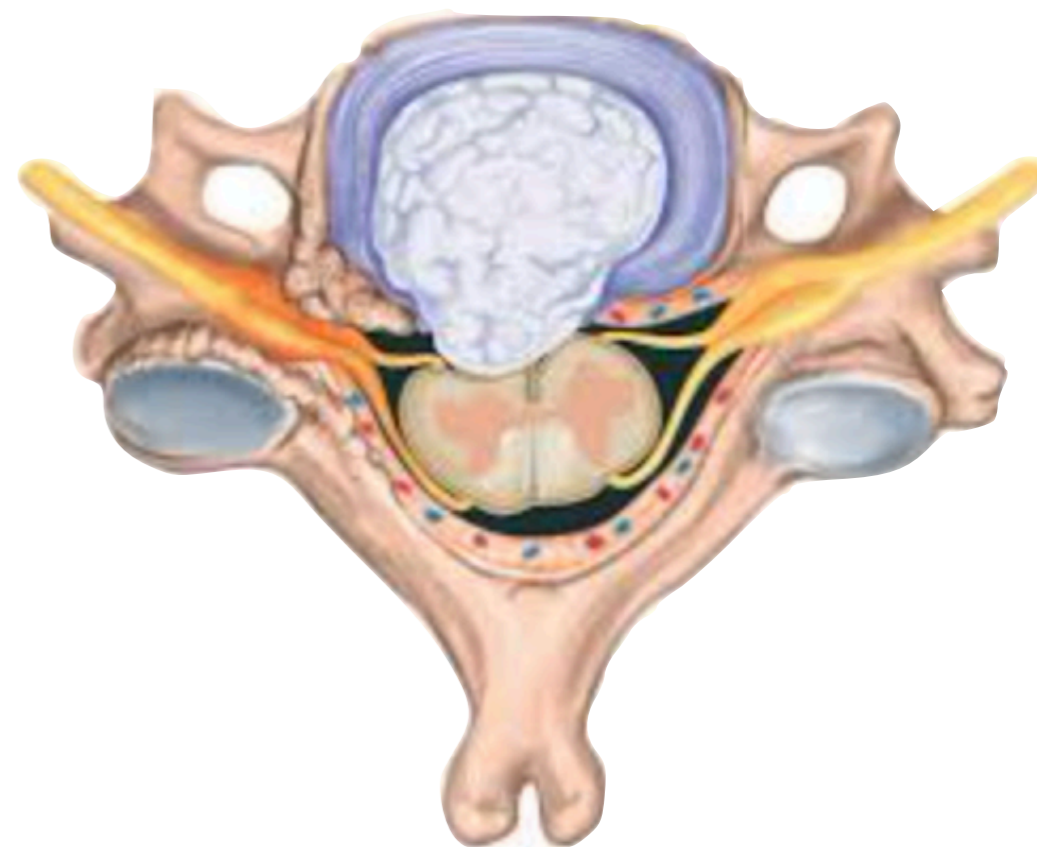
# Définition

**Migration d'un fragment de noyau pulpeux à travers une déchirure de l'anneaux fibreux discal**

La migration se fait le plus souvent en direction du canal rachidien entraînant une **compression éventuelle d'une racine nerveuse ou de la moelle épinière**

Double origine de la souffrance radiculaire

- mécanique : conflit disco-radiculaire
- inflammatoire : œdème et congestion radiculaire



# Epidémiologie

Pathologie **assez fréquente** en médecine générale

4 à 5 fois moins fréquent qu'au niveau lombaire

Taux d'incidence en population générale : 1 pour 1000

# Terrain

Patient 30-50 ans

Sex ratio : 1,6 (Homme)

Facteurs de risque :

- Stress quotidien (professionnel/personnel/mixte)
- **Tabagisme**
- Manutention charges lourdes (maladie professionnelle)
- Génétique

# Clinique

## **Douleurs radiculaires du membre supérieur +++**

- **Unilatérale et monoradiculaire +++**
- Décharge électrique, brûlure
- Soulagée par le décubitus
- Impulsive lors des efforts à glotte fermée (toux, défécation)

## **Cervicalgies / Torticoli**

## **Myélopathie**

+/- Hypoesthésie de topographie radiculaire

+/- Déficit moteur dans le territoire radiculaire concerné : RARE

# Examen clinique

## Examen cervical

- Douleur palpation ?
- Raideur rachidienne ?
- Inflexion latérale antalgique ?
- Contracture musculaire paravertébrale ?

## Examen radiculaire

- Trajet des douleurs : dermatome précis ?
- Spurling (sténose foraminale)
- ROT : diminués ou abolis ?
- Déficit sensitif ? Moteur ? Sphinctérien ?
- Amyotrophie (rare) ?

## Examen complet

- Testing épaule
- Nerf cubital
- Nerf médian



# Systematisation neurologique

| Racine | Trajet douleur                                             | Testing                 | ROT             |
|--------|------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| C5     | Épaule<br>Face antérieure bras et avant bras               | Epaule                  |                 |
| C6     | Face latérale bras et avant bras<br>Pouce                  | Flexion bras            | Bicipital       |
| C7     | Face postérieure bras et avant bras<br>Index<br>Majeur     | Extension<br>bras       | Tricipital      |
| C8     | Face médiale bras et avant bras<br>Annulaire<br>5ème doigt | Muscles<br>intrinsèques | Cubitopronateur |

# Eliminer diagnostic différentiel

**Racine C5** —————→ **Coiffe des rotateurs**

**Racine C6** —————→ **Canal carpien**

**Racine C7** —————→ **+/- Canal carpien**

**Racine C8** —————→ **Canal cubital**

# Eliminer causes secondaires

| Pathologie                     | Interrogatoire                                                                                                                                                                                       | Examen clinique                                                                                                             |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Néoplasie</b>               | <p>Atcd de cancer<br/>                     Age &lt; 20 ans ou &gt; 50 ans<br/>                     AEG</p> <p><b>Horaire mixte ou inflammatoire</b></p>                                              | <p>Déficit neurologique possible<br/>                     Clinique en rapport avec primitif</p>                             |
| <b>Spondylodiscite</b>         | <p>Atcd geste sur rachis<br/>                     Immunodépression/diabète/<br/>                     toxicomanie<br/>                     Infection en cours</p> <p><b>Horaire inflammatoire</b></p> | <p>Fièvre, frissons<br/>                     Déficit neurologique possible<br/>                     Raideur rachidienne</p> |
| <b>Tumeur intrarachidienne</b> | <p><b>Horaire inflammatoire</b></p> <p>Douleurs nocturnes<br/>                     améliorées debout</p>                                                                                             | <p>Raideur rachidienne<br/>                     Déficit neurologique possible</p>                                           |
| <b>Fracture</b>                | <p>Traumatisme initial<br/>                     Ostéoporose</p>                                                                                                                                      | <p>Déficit neurologique possible<br/>                     Douleur palpation rachidienne</p>                                 |

# Éliminer situation d'urgence neurologique

**NCB déficitaire** : déficit moteur  $\leq 3/5$  (incapacité à lutter contre résistance même minime) : **RARE**

**NCB hyperalgique** : douleur non soulagée par morphinique

**Myélopathie associée**: 4 membres, signes centraux

# Examens complémentaires

Examens d'imagerie

- Scanner rachis cervical
- **IRM rachis cervical +++**

**Electromyogramme** : assez intéressant en cervical (sténoses foraminales / aide au diagnostic)

En cas de doute pour une cause secondaire :  
IRM rachis entier sans et avec injection



# Indication des examens complémentaires

**Pas d'imagerie systématique dans la plupart des cas**

**Doute sur cause secondaire**

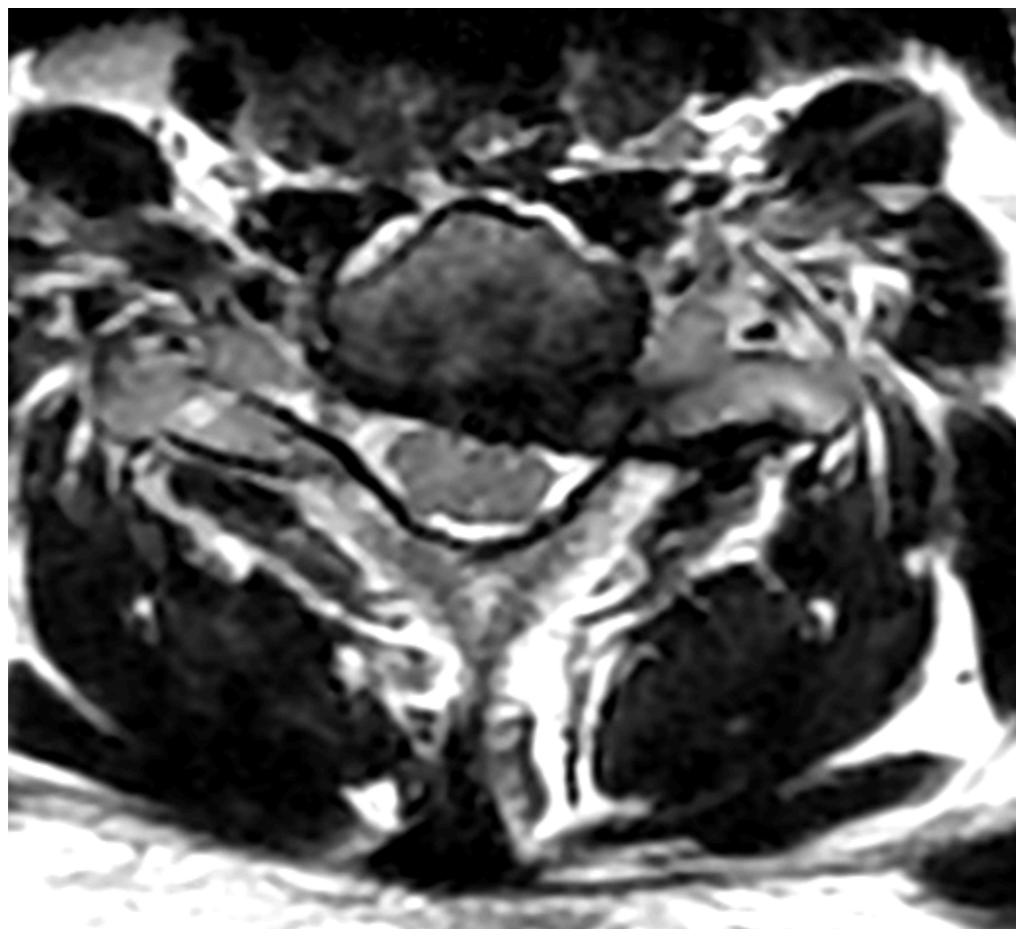
**Situation d'urgence** ou doute sur situation d'urgence

**Évolution clinique défavorable** avec un traitement conservateur > 6 semaines

**Avant infiltration ou avis chirurgical**

# IRM du rachis cervical

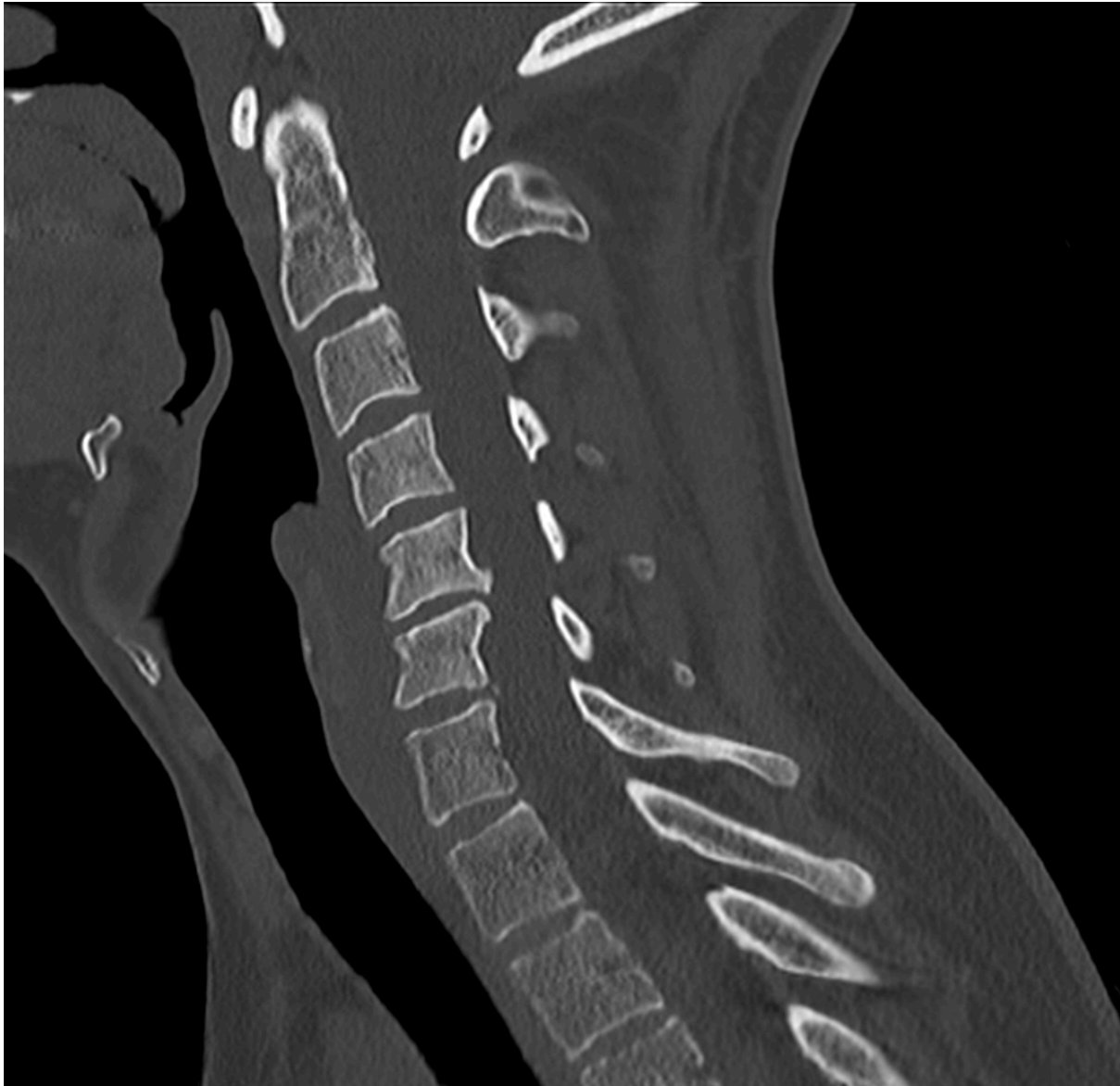
**Examen de référence pour la recherche d'un conflit disco-radriculaire**



Hernie discale postéro-latérale C6-C7  
gauche



# Scanner du rachis cervical



**Intérêt** pour évaluer type de compression : ostéophyte ?

# Evolution naturelle

Evolution naturelle : guérison

Facteurs de « mauvais pronostic »

- Douleur > 30 jours
- Sténose ostéophytique associée
- Impulsivité à la toux, l'éternuement ou à l'effort

# Prise en charge

Objectifs : soulager douleur + améliorer autonomie

Traitement conservateur +++ : au moins 6 semaines

- Médicaments
- Infiltrations
- Kinésithérapie

Traitement chirurgical

**Education du patient** nécessaire pour éviter toute récurrence

# Repos à la phase aiguë ?

**Pas de bénéfice du repos au lit**

**Rester actif** dans les activités quotidiennes en fonction de la tolérance à leur douleur.

Si repos au lit indispensable (mauvaise tolérance station debout) : pas plus de 14 jours



Kinésiophobie qui peut persister après guérison

# Traitements médicamenteux

**A instaurer dès le début des symptômes**

- Antalgiques classiques : palier 1, 2 voire 3
- AINS
- Décontracturants musculaires

Médicaments à visée neuropathique : à discuter si échec après 4-6 semaines

# Kinésithérapie

Objectif : prévention des récives

A distance de la phase aiguë douloureuse

**Renforcement circonférentiel de la musculature paravertébrale cervicale**

- Trapèze
- Scalène
- SCM

# Infiltration

Nécessite une imagerie préalable

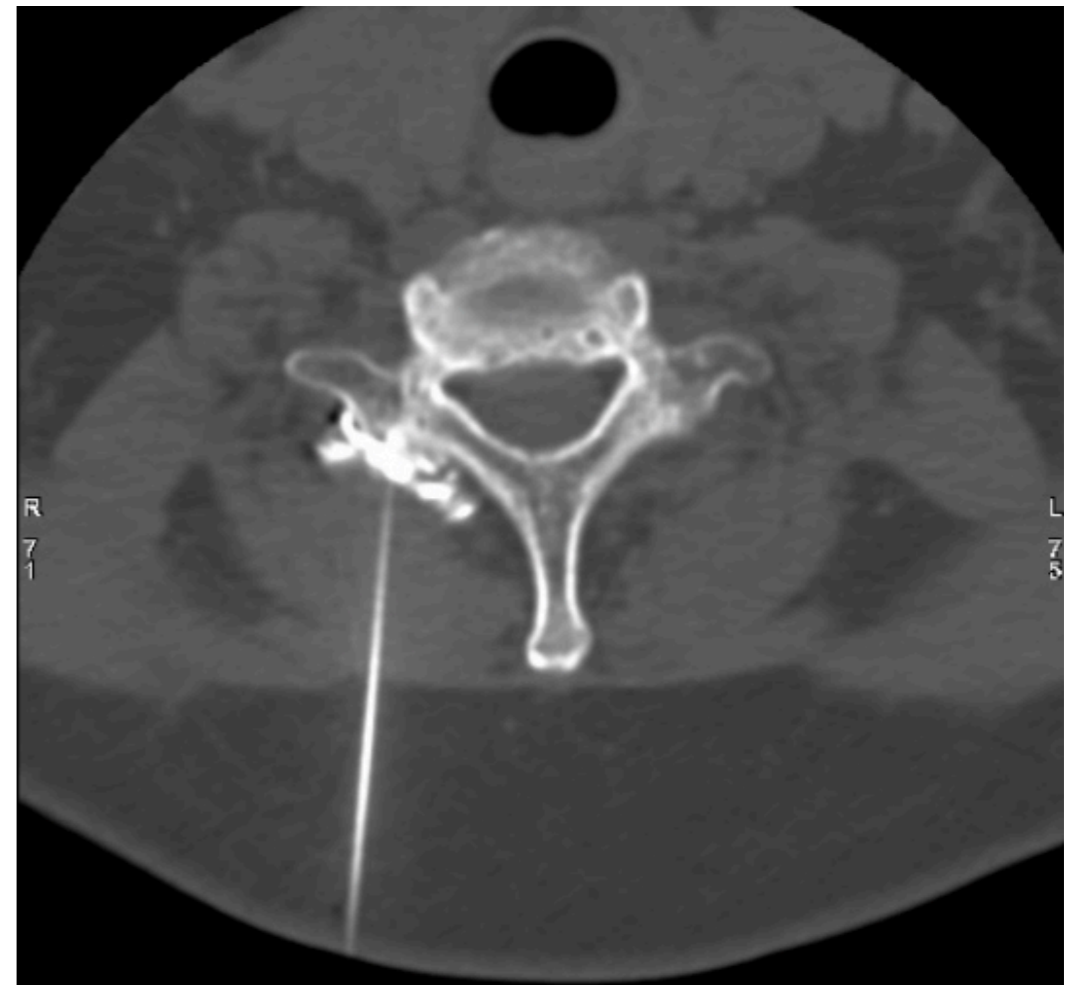
**Pas de vraie infiltration épidurale en région cervicale**

L'infiltration est souvent faite sur les articulaires postérieures

Hydrocortancyl

Effet à 3 mois sur la douleur

Pas tous les radiologues interventionnels



# Chirurgie

Objectif : décompresser la/les racines nerveuses

Possible en ambulatoire (mais attention hématome suffocant). En pratique sortie J1

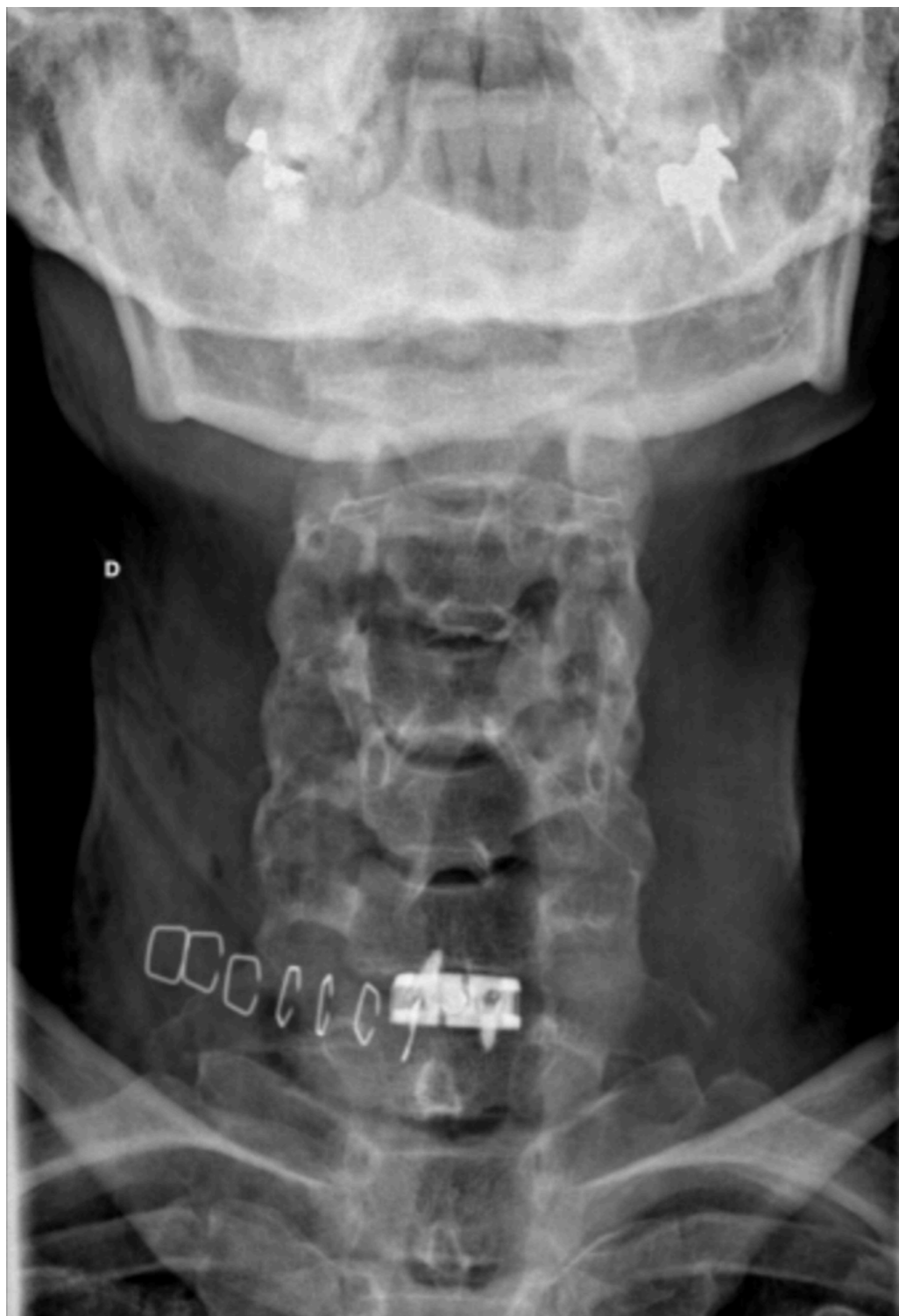
**Peu de possibilité de voie postérieure (moelle épinière).**

Discectomie totale / Exérèse hernie discale / **Arthrodèse ou Prothèse** pour remplacer le disque retiré

Efficace sur radicualgies (**amélioration et satisfaction > 90%**)

Geste programmé : **échec traitement conservateur bien conduit > 3 mois**

Geste en urgence : rare (ncb hyperalgique)



**Arthrodèse**  
**Fusion des 2 vertèbres**



**Prothèse discale**  
**Mobilité conservée**

# Education du patient

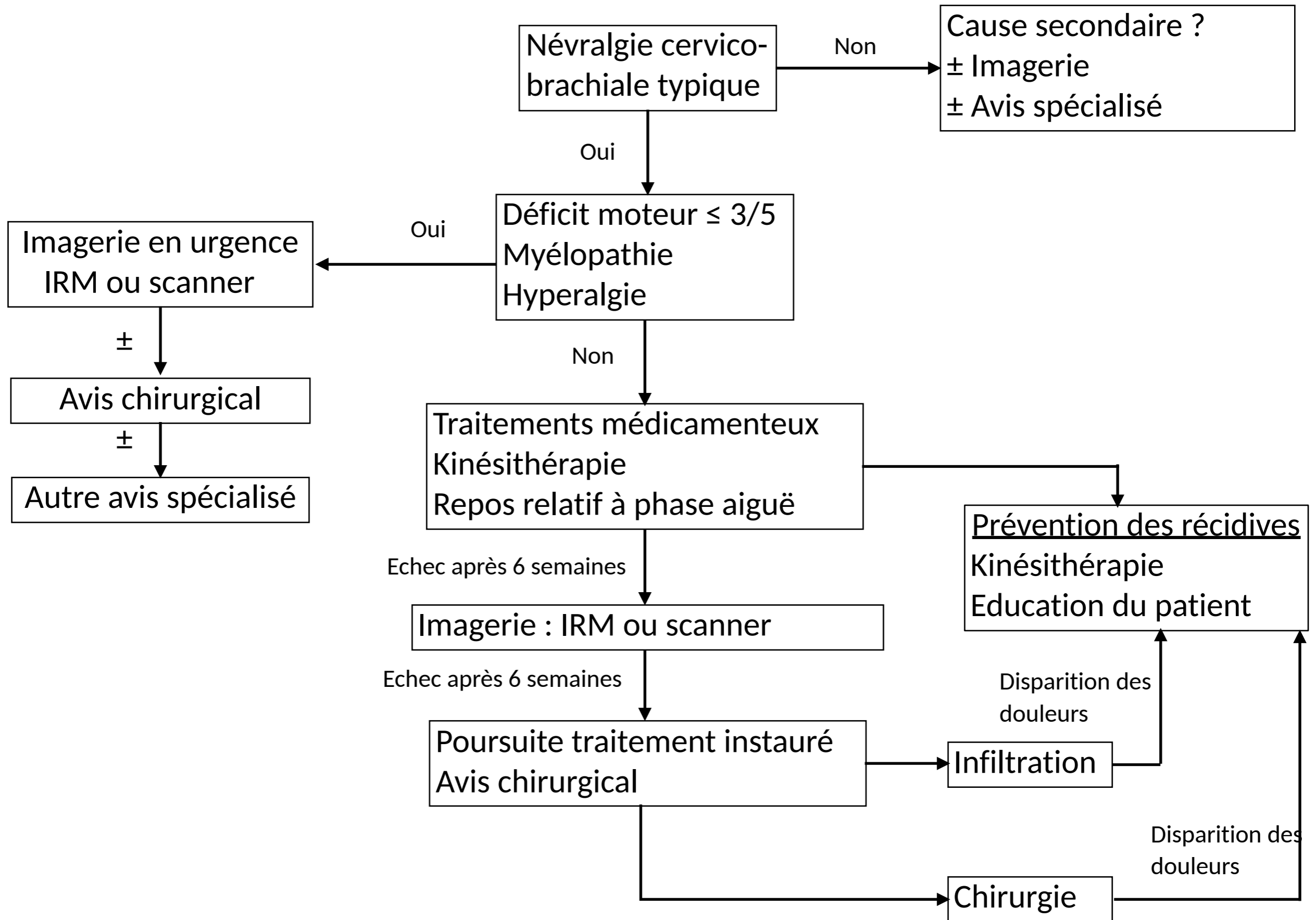
Pendant la crise douloureuse : **repos relatif = adaptation des activités physiques**

Une fois la crise douloureuse passée

- Renforcement musculaire
- Ne pas arrêter ses activités habituelles
- Perte de poids si nécessaire
- **Sevrage tabagique**
- Travail des règles de « bonne hygiène vertébrale »

Si difficulté rencontrée : **Ecole du dos, application Activ'dos**







PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

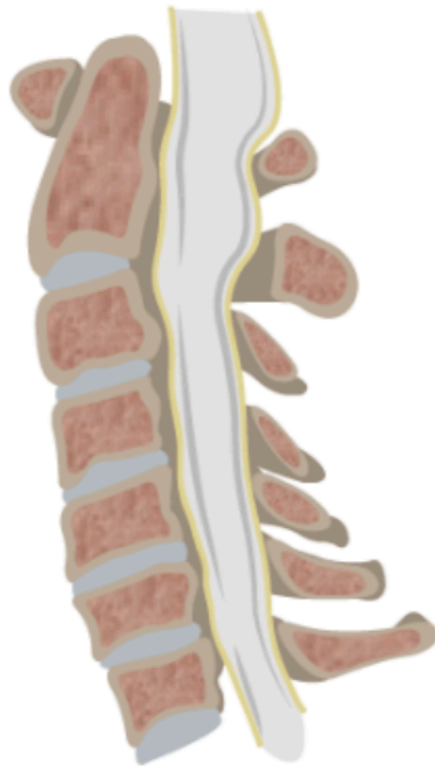
# Myélopathie cervicoarthrosique

Docteur LAINÉ Gaetan  
Neurochirurgien

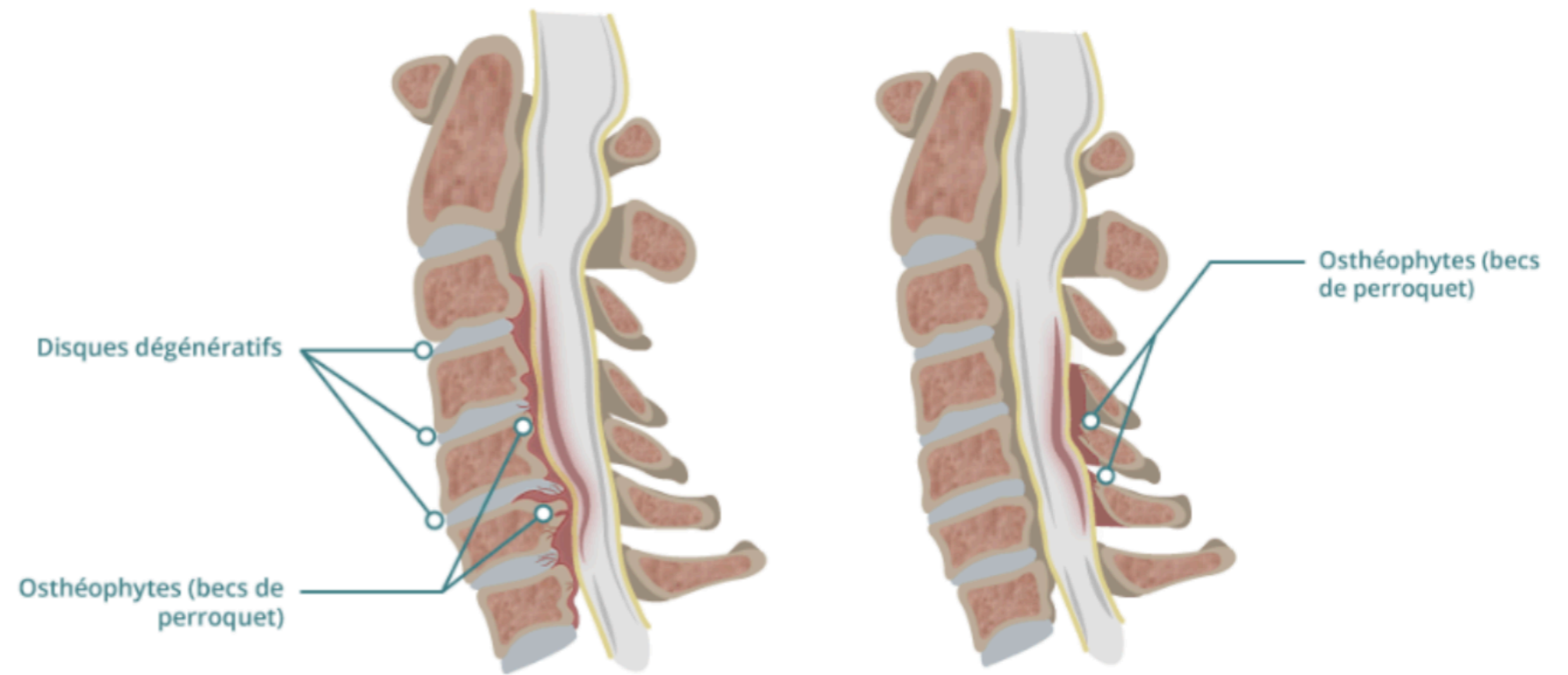
Société Médicale du Béarn  
21 mai 2026

# Définition

Colonne saine



Myélopathie



Souffrance de la moelle épinière au sein d'un canal cervical de calibre anormalement diminué

# Epidémiologie

1ère cause d'atteinte de la moelle épinière dans les pays développés

1ère cause de chirurgie rachidienne cervicale

Pathologie des sujets de plus de 60 ans

- 40 ans : 30% population : dégénérescence arthrosique cervicale
- 60 ans : 90% population : dégénérescence arthrosique cervicale

**Prévalence en augmentation** (vieillissement de la population)

# Terrain

Patient > 50 ans

Hommes

Facteurs de risque : surpoids, tabac, génétique

# Clinique

Tableau de compression médullaire lente +++

- Initialement : fatigabilité à la marche, **paresthésies des mains**
- Puis troubles sensitivomoteurs des membres supérieurs et/ou inférieurs
- Puis troubles sphinctériens

Syndrome pyramidal : hyperréflexie (87%), Babinski (54%), spasticité (54%), Hoffmann (13%), paraparésie (21%)

Syndrome cordonnal postérieur : ataxie à la marche (39%), Romberg (15%)

Douleurs : radiculalgie mb sup (41%), radiculalgie mb inf (13%), cervicalgies (26%)

Troubles vésicosphinctériens (49%)

# Éliminer diagnostic différentiel

**Paresthésies distales** → **Canal carpien**

**Troubles moteurs** → **SLA**

**Fatigabilité à la marche** → **AOMI / CLE**

# Eliminer causes secondaires

| Pathologie                     | Interrogatoire                                                                                                                                                                                       | Examen clinique                                                                                                             |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Néoplasie</b>               | <p>Atcd de cancer<br/>                     Age &lt; 20 ans ou &gt; 50 ans<br/>                     AEG</p> <p><b>Horaire mixte ou inflammatoire</b></p>                                              | <p>Déficit neurologique possible<br/>                     Clinique en rapport avec primitif</p>                             |
| <b>Spondylodiscite</b>         | <p>Atcd geste sur rachis<br/>                     Immunodépression/diabète/<br/>                     toxicomanie<br/>                     Infection en cours</p> <p><b>Horaire inflammatoire</b></p> | <p>Fièvre, frissons<br/>                     Déficit neurologique possible<br/>                     Raideur rachidienne</p> |
| <b>Tumeur intrarachidienne</b> | <p><b>Horaire inflammatoire</b></p> <p>Douleurs nocturnes<br/>                     améliorées debout</p>                                                                                             | <p>Raideur rachidienne<br/>                     Déficit neurologique possible</p>                                           |
| <b>Fracture</b>                | <p>Traumatisme initial<br/>                     Ostéoporose</p>                                                                                                                                      | <p>Déficit neurologique possible<br/>                     Douleur palpation rachidienne</p>                                 |

# Examens complémentaires

Examens d'imagerie :

- Radiographies rachis cervical F + P
- **Scanner rachis cervical**
- **IRM rachis cervical +++**

Electromyogramme

Potentiels évoqués médullaire

**En cas de doute pour une cause secondaire :**  
**IRM rachis entier sans et avec injection**



# Indication des examens complémentaires

**Pas de recommandation au niveau national**

Suspicion de myélopathie cervicoarthrosique = Imagerie ?

# Radiographies du rachis cervical

Débrouillage, utile en médecine générale



# Scanner du rachis lombaire



# IRM du rachis lombaire

**Examen de référence**



**Seul examen permettant  
de visualiser une  
souffrance médullaire**

**Hypersignal T2**

# Potentiels Evoqués Médullaires

Indiqué en l'absence de corrélation entre clinique et imagerie

Spécificité faible (20-40% selon les séries)

Permet parfois d'objectiver l'atteinte médullaire et sa topographie

# Evolution naturelle

Evolution : **détérioration neurologique progressive**

Aggravation brutale : traumatisme cervical

**Seule une prise en charge chirurgicale permet de prévenir la dégradation**

Sans chirurgie : dégradation neurologique

- 1 an : 6%
- 2 ans : 21%
- 3 ans : 28%
- 10 ans : 56%

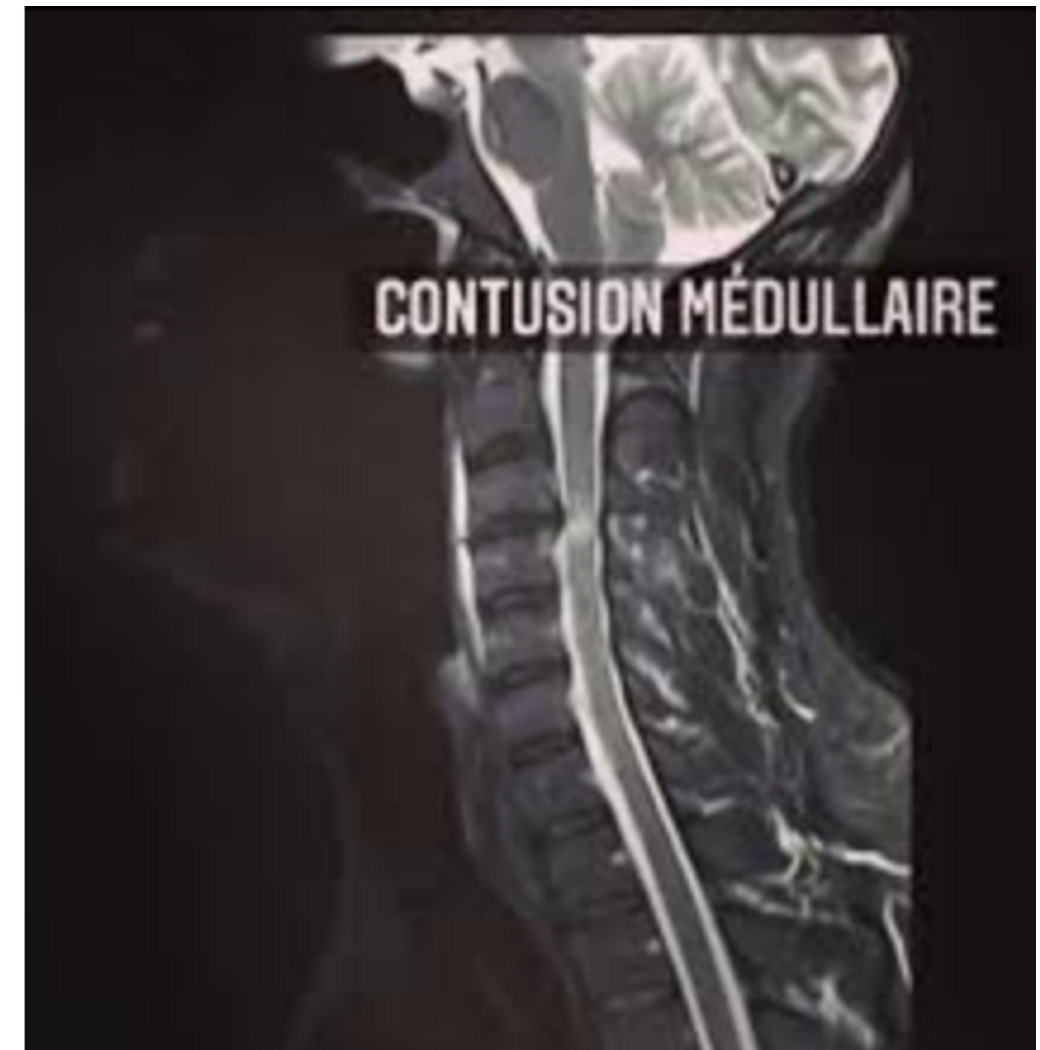
Pronostic fonctionnel : temps avant chirurgie de décompression

# Syndrome de Kann Schneider

Contusion médullaire au sein d'un canal cervical étroit

**Tétraparésie incomplète** dans les suites d'un traumatisme cervical

**Récupération lente et partielle**



# Prise en charge

Objectifs : prévenir la dégradation neurologique progressive

Surveillance simple : CCE sans myélopathie franche

**Chirurgie** : CCE avec myélopathie

**Infiltrations** : non

# Chirurgie

Objectif : décompresser la moelle épinière

Efficace sur l'évolution naturelle de la myélopathie : stop aggravation

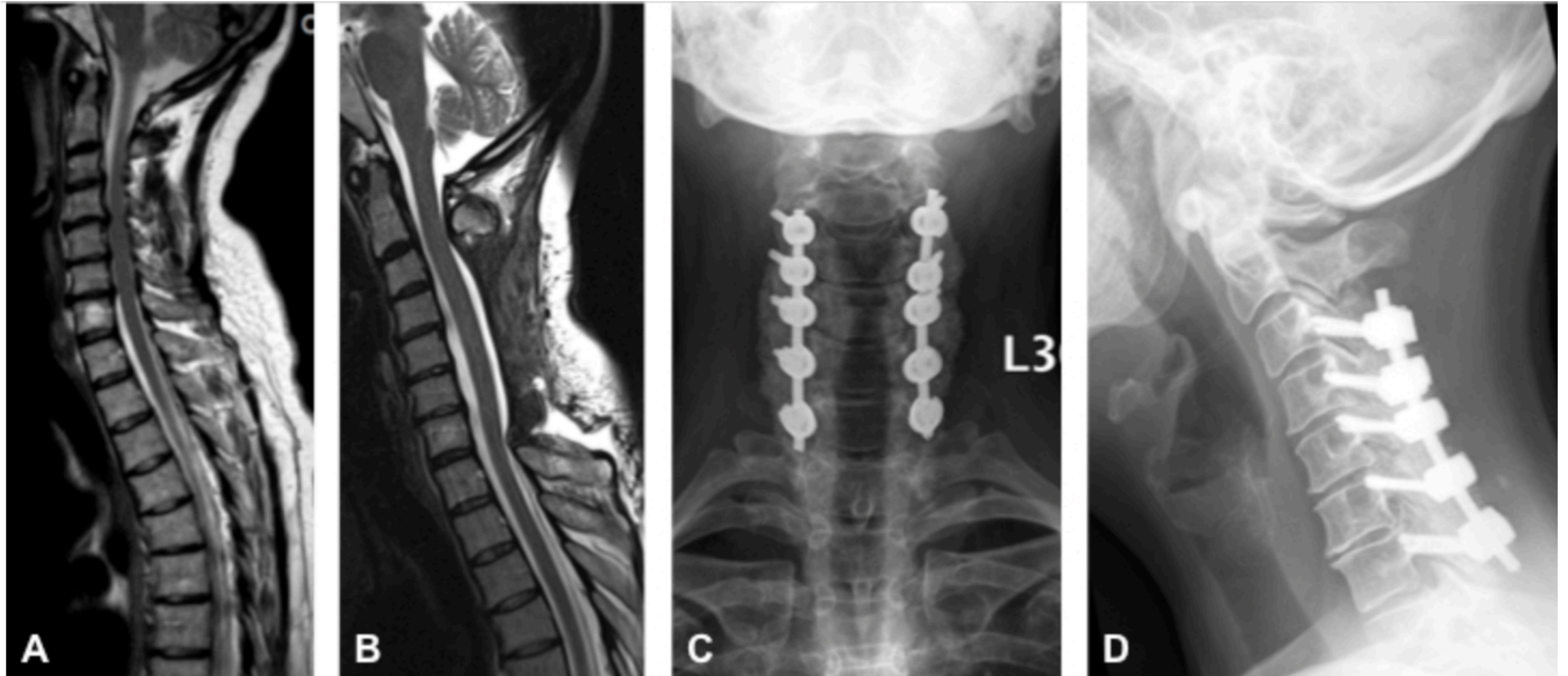
Efficace sur la récupération neurologique : récupération +/- complète

Voie antérieure : disque

Voie postérieure : lame

Voie antérieure et postérieure :

# Décompression postérieure



Laminectomie seule / Laminoplastie / Laminectomie ostéosynthèse

# Décompression antérieure



Discectomie / Résection ostéophyte / Corporectomie

**Suspicion de myélopathie cervicoarthrosique**



**Imagerie  
IRM ou à défaut scanner**

Confirmé



**Avis neurochirurgical**



PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

# Demande d'avis via omnidoc

Docteur LAINÉ Gaetan  
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn  
21 mai 2026



Avis spécialisé rapide

Valorisé (10 euros pour requérant)

Traçabilité

Sécurisé

# omnidoc



**Gaétan Lainé**  
Neuro-chirurgie



**Jean-François Mineo**  
Neuro-chirurgie



**Philippe Cabal**  
Neuro-chirurgie



**Xavier Hoarau**  
Neuro-chirurgie



**Mohamed Allaoui**  
Neuro-chirurgie

**07 85 68 01 16**



PPAU



Polyclinique Pau Pyrénées

# Questions ouvertes ?

Docteur LAINÉ Gaetan  
Neurochirurgien

Société Médicale du Béarn  
21 mai 2026