

Douleur rachidienne



Sophie Collins, MD MSc FRCPC

Anesthésiologie & Médecine de la douleur, HMR

Université de Montréal

Objectifs

Classer de façon pragmatique les syndromes douloureux rachidiens

Clarifier le rôle de l'imagerie rachidienne

Identifier les approches diagnostiques et thérapeutiques basées sur l'évidence

Recadrer l'approche biomédicale en douleur rachidienne

Douleur rachidienne

Lombalgie

Cervicalgie

Dorsalgie

Drapeaux rouges

<1%

- Infection
- Néoplasie (ATCD d'ADK)**
- Compression neurologique
- Fracture non consolidée
- Spondylopathie inflammatoire
- AAA, PNA, pancréatite, etc.

The 99%

Douleur
rachidienne
bénigne

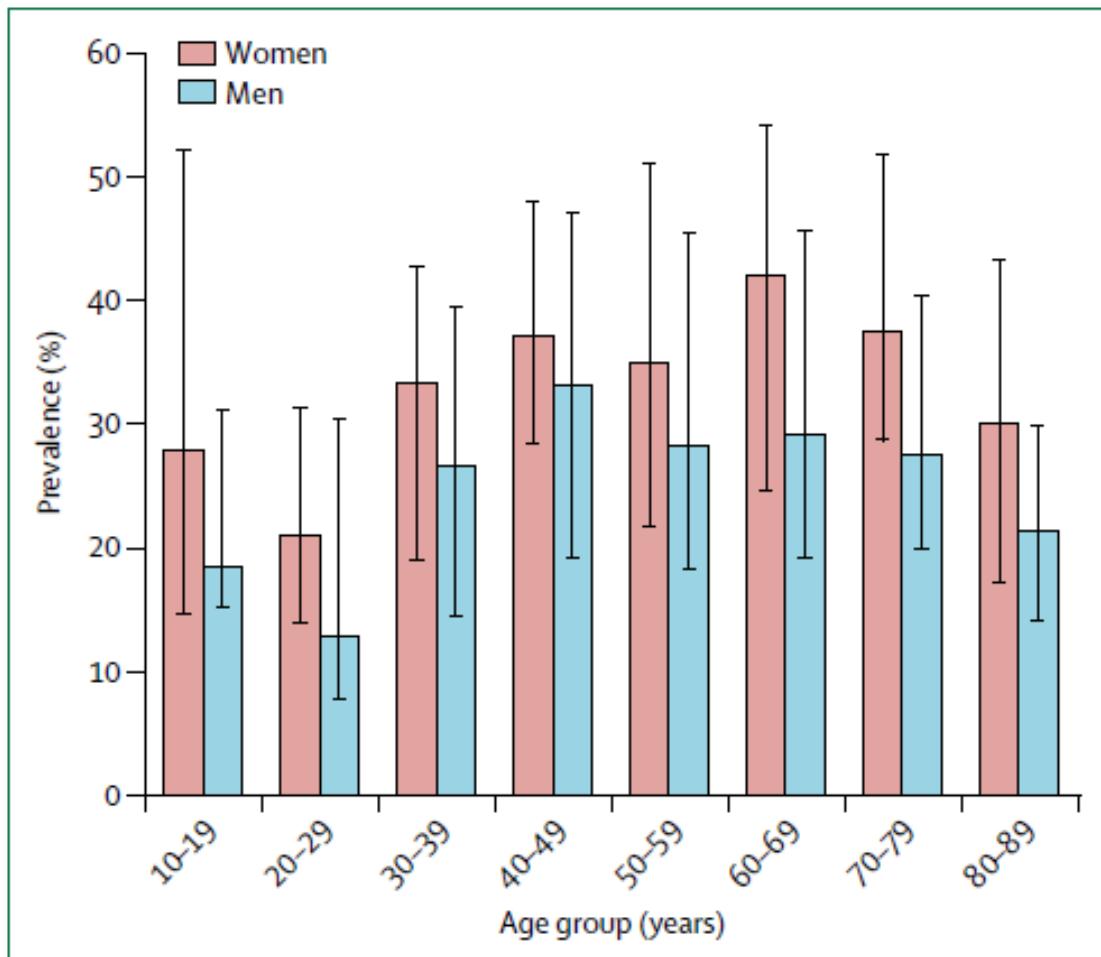


Figure 2: Median prevalence of low back pain, with IQR, according to sex and midpoint of age group, reproduced from Hoy et al¹ with permission from John Wiley and Sons

Lombalgie non spécifique
aiguë ou subaiguë

3,11

Définition

Douleur présente surtout dans le bas du dos, entre la 12^e côte et le pli fessier **ET** aucun des signes suivants :

- o Affection sous-jacente grave (p. ex., cancer, infection ou syndrome de la queue de cheval)
- o Sténose spinale
- o Radiculopathie
- o Autre cause spinale précise (p. ex., fracture par tassement vertébral ou spondylarthrite ankylosante)
- o Cause anatomo-pathologique précise confirmée

Types de douleur

- Douleur lombaire aiguë : douleur présente depuis moins de 6 semaines
- Douleur lombaire subaiguë : douleur présente depuis 6 à 12 semaines
- Douleur lombaire chronique : douleur présente depuis plus de 12 semaines
- Douleur lombaire récurrente : périodes de douleur entrecoupées de périodes sans douleur

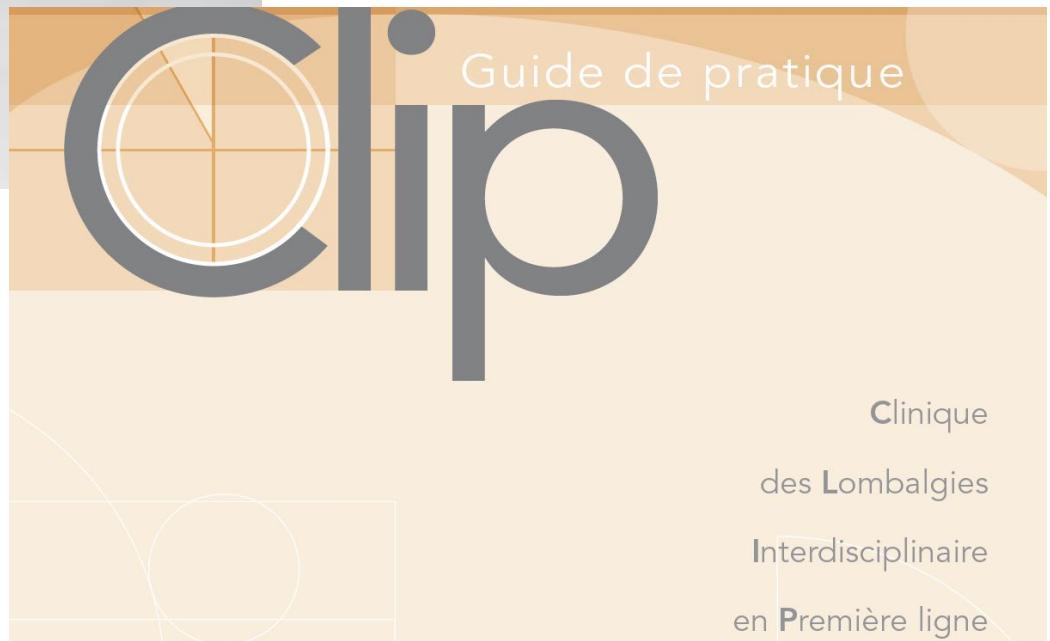
Évaluation initiale de tout patient souffrant de douleur au dos

Algorithme de prise en charge de la douleur lombaire

<https://www.msss.gouv.qc.ca/>

<https://www.irsst.qc.ca/media/>

<https://www.mcgill.ca/spineprogram>



Évolution dans le temps

Aiguë (<6 semaines)

Subaiguë (6 semaines – 3 mois)

Chronique (> 3 mois)

Approche diagnostique: le pattern d'irradiation

Axial et/ou somatique référé

Radiculaire / claudiquant

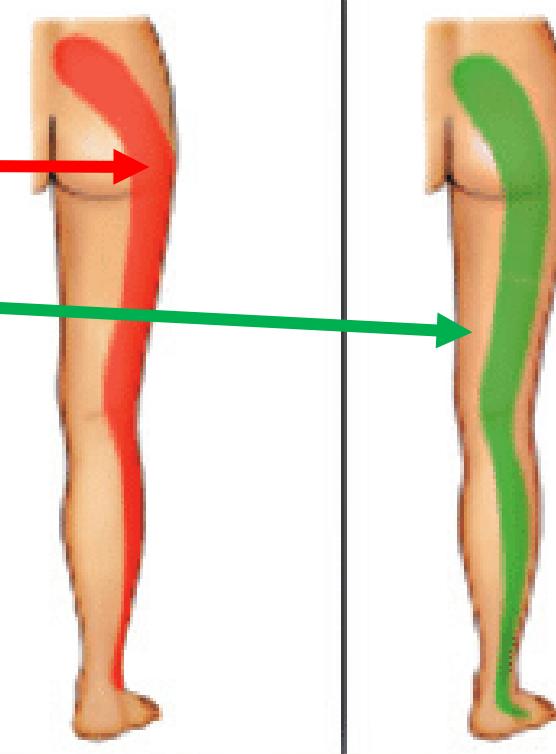
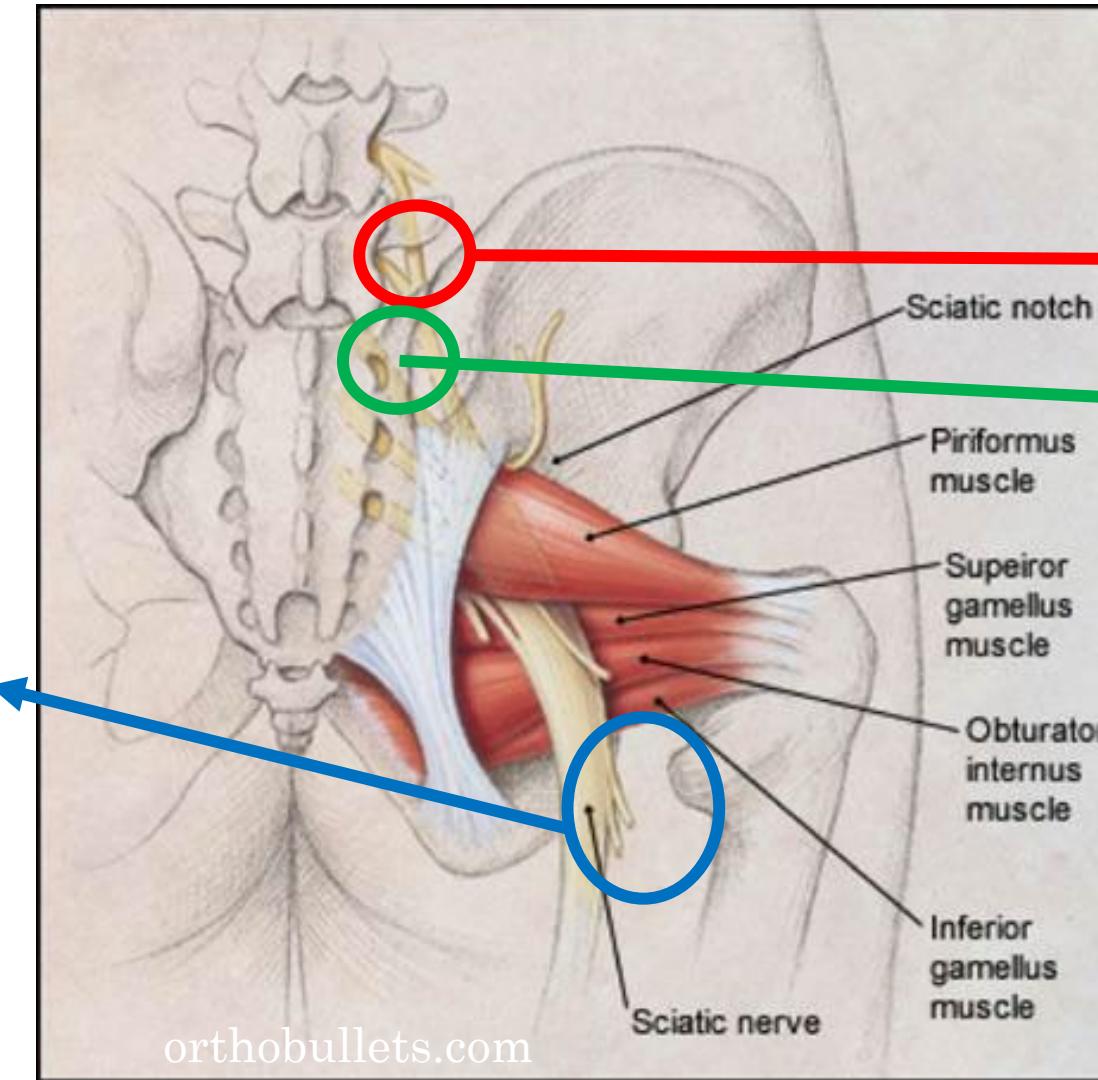
- Axiale
- Somatique référée
 - Musculosquelettique
 - Nociception inhabituelle
 - Douleur sourde, mal circonscrite
- Ligamentaire
- Myofasciale
- Articulaire (capsule et interligne)

Douleur
non
radiculaire

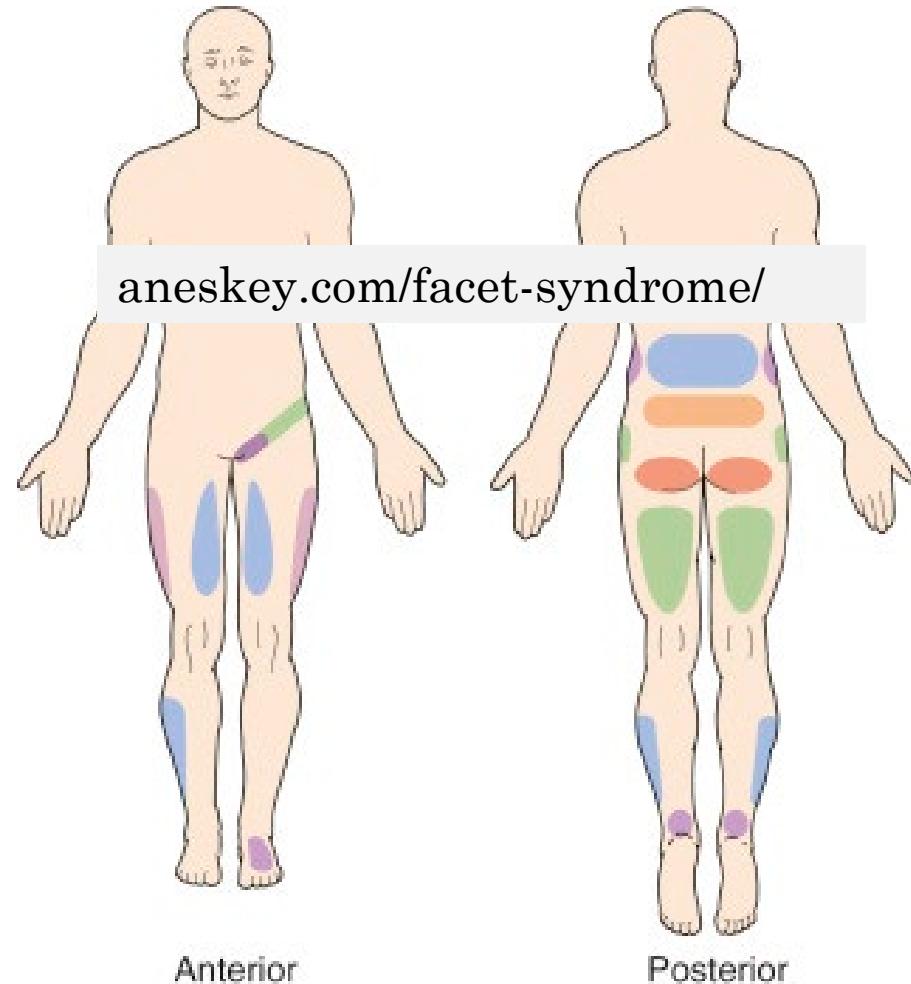
"Lombosciatalgie": un terme non spécifique



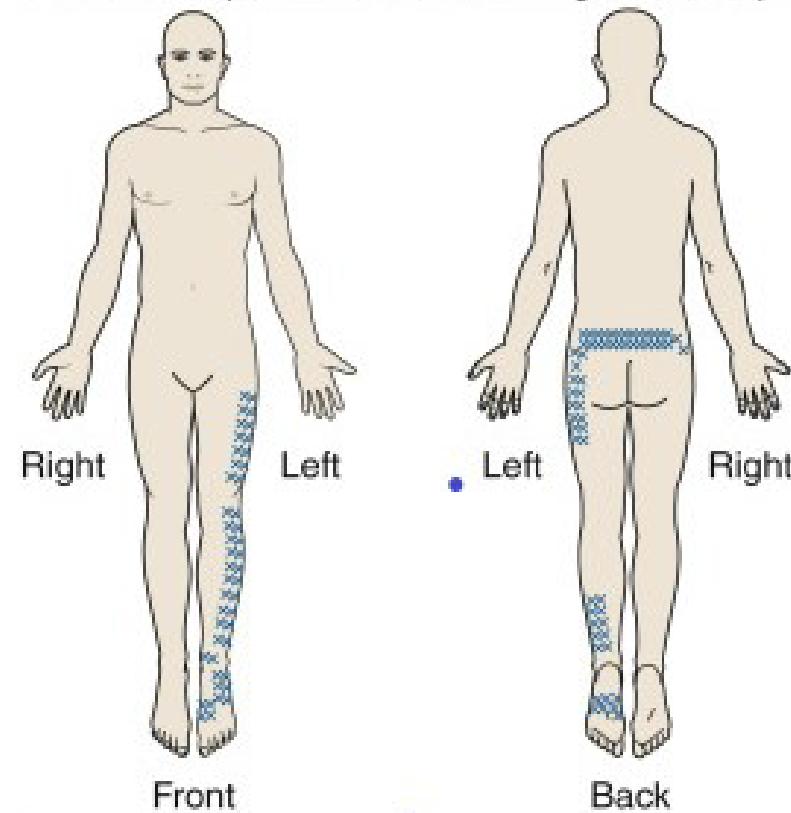
Sciatalgie



"Lombosciatalgie" somatique référée (1)



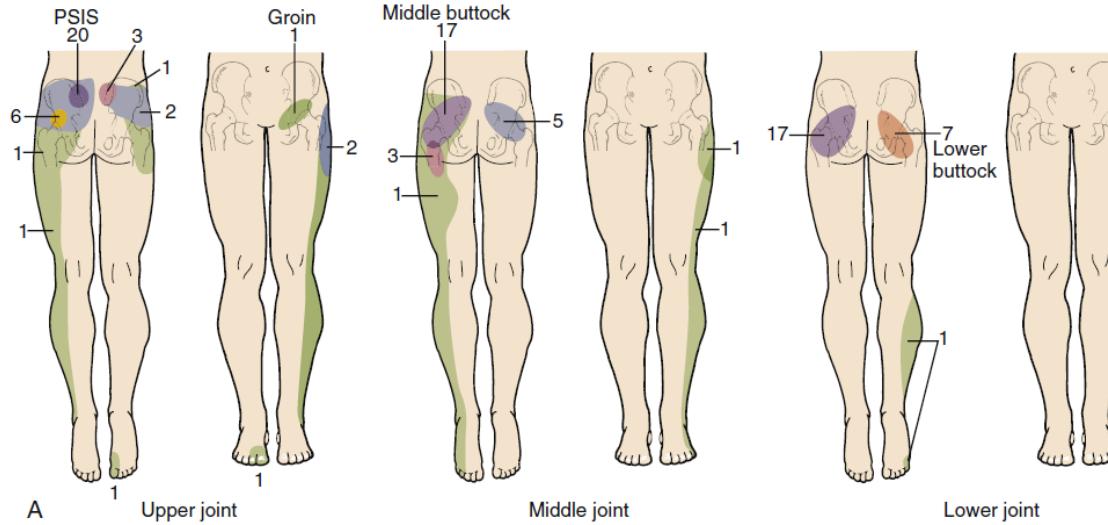
Pain referral pattern for L4-5 discogenic back pain



"Lombosciatalgie" somatique référée (2)



Figure 1 Typical pain pattern of patients presenting with SIJ pain and local pain radiation. Reprinted with permission of Mayo Foundation



CHAPTER
66

SACROILIAC JOINT PAIN

Steven P. Cohen, MD



FIG. 66.3 Referral patterns for (A) extraarticular and (B) intraarticular sacroiliac joint pain. PSIS, Pos-

"Lombosciatalgie" somatique référée (3)

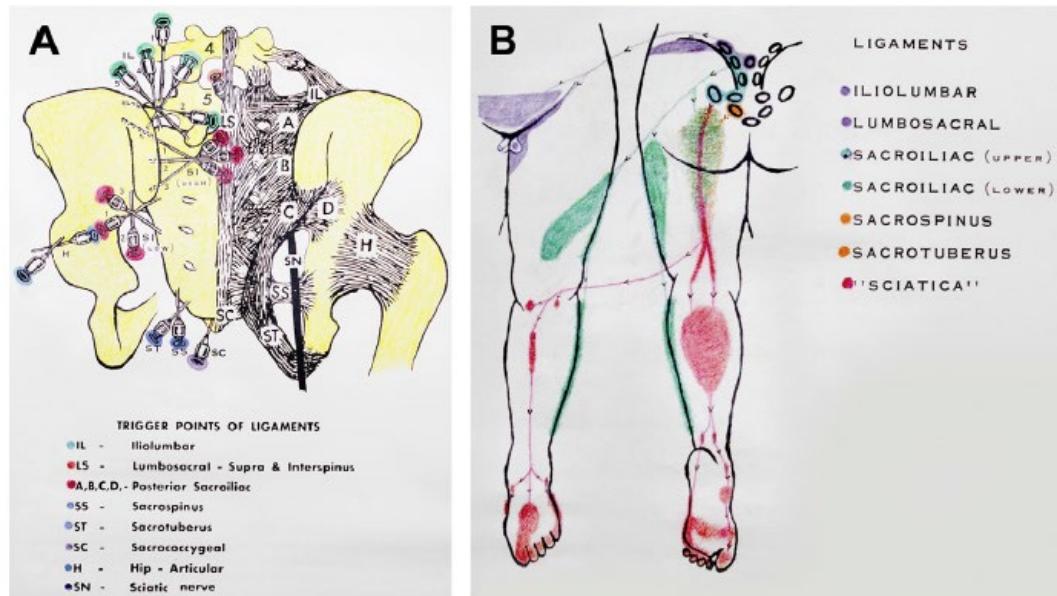


Fig. 2. A composite image of Hackett's original color diagrams documenting pain referral patterns with hypertonic saline injection into various ligaments supporting the sacroiliac joint. (A) indicates injection location whereas (B) indicates the referral patterns

Phys Med Rehabil Clin N Am 29 (2018) 125–138

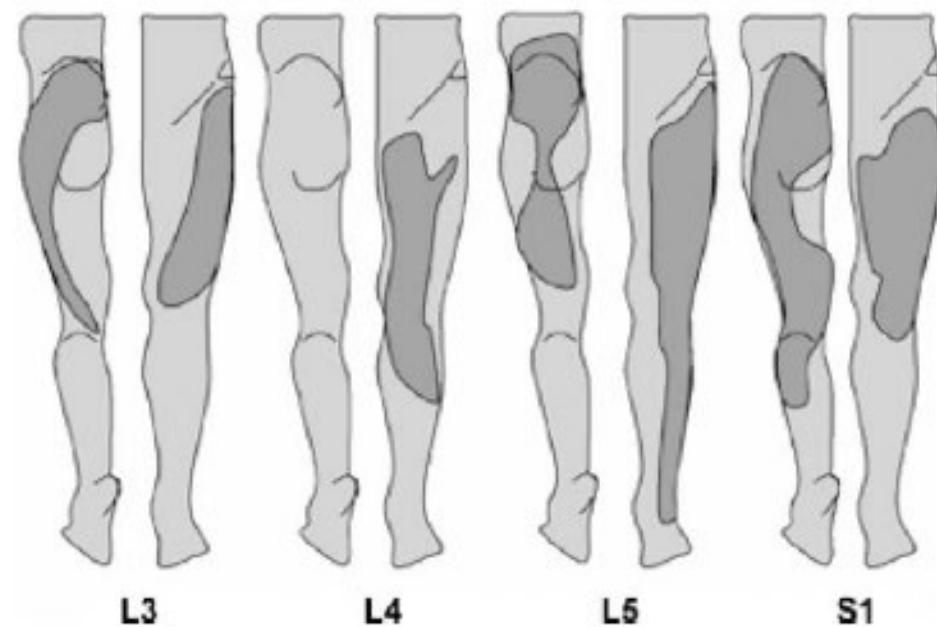


Fig. 1. Patterns of somatic referred pain evoked by noxious stimulation of the interspinous ligaments at the segments indicated. Based on Kellgren [18].

"Lombosciatalgie" somatique référée (4)

Curr Pain Headache Rep (2017) 21: 32

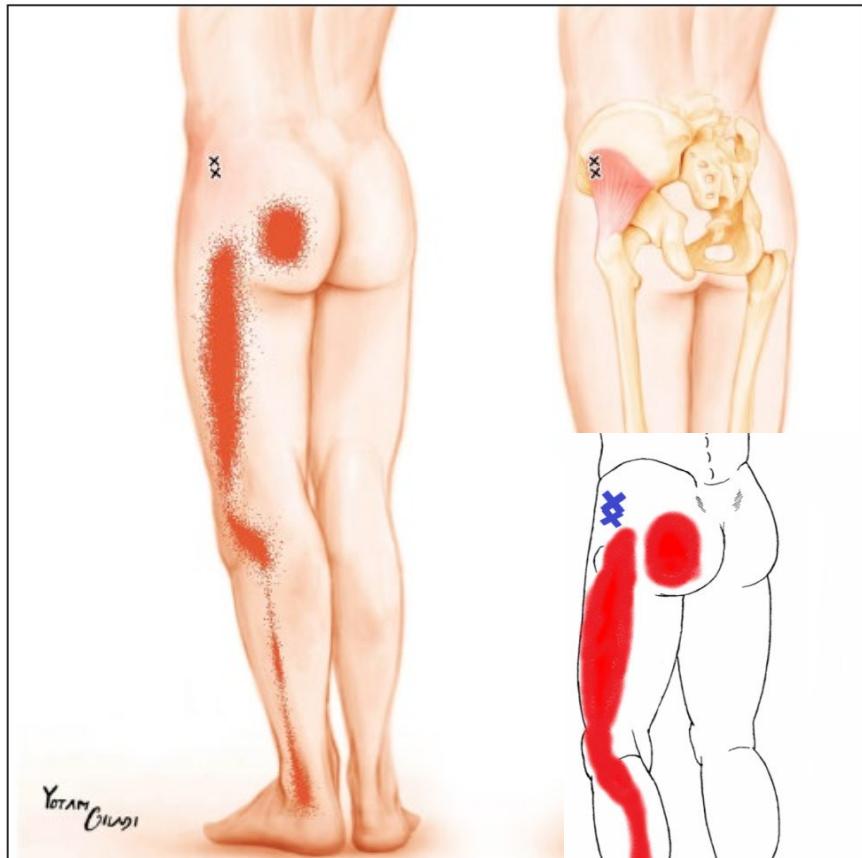


Fig. 1 Trigger points in the anterior gluteus minimus muscle

Trigger Point Injection - StatPearls - NCBI Bookshelf

Hip Joint Pain Referral Patterns: A Descriptive Study

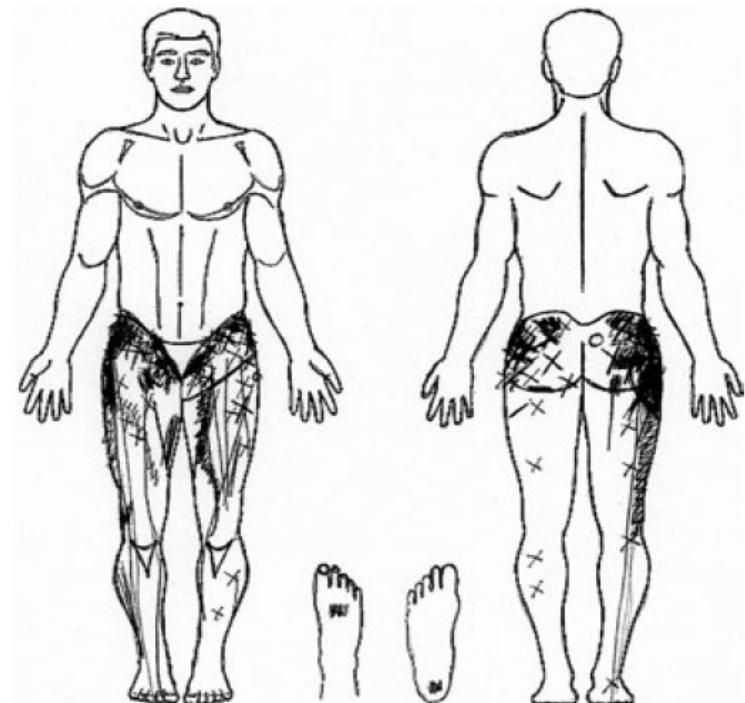
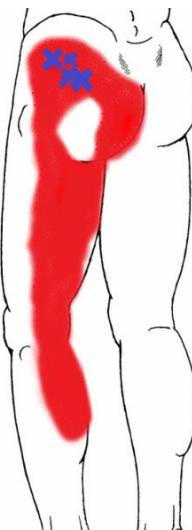
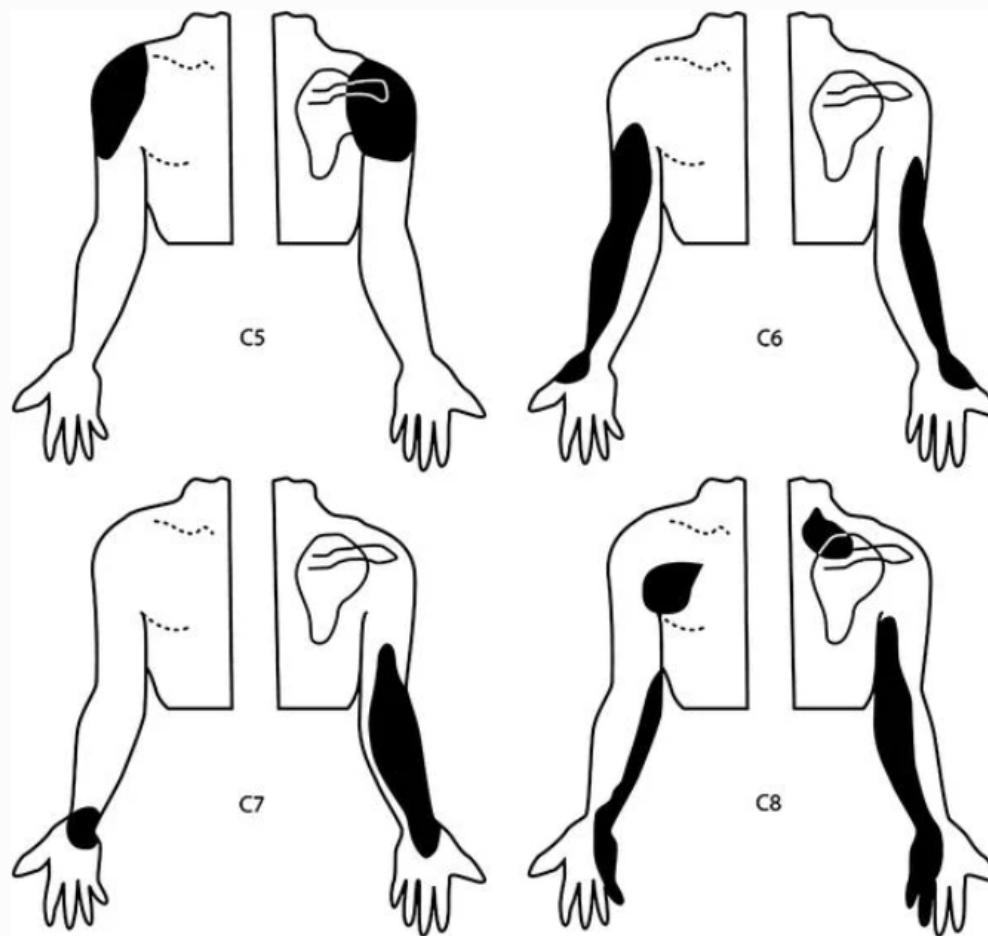


Figure 2 Composite preprocedural pain drawing from all patients.

Pain Medicine 1526-2375/08/\$15.00/22 22–25



Somatic Referred Pain, Fig. 2

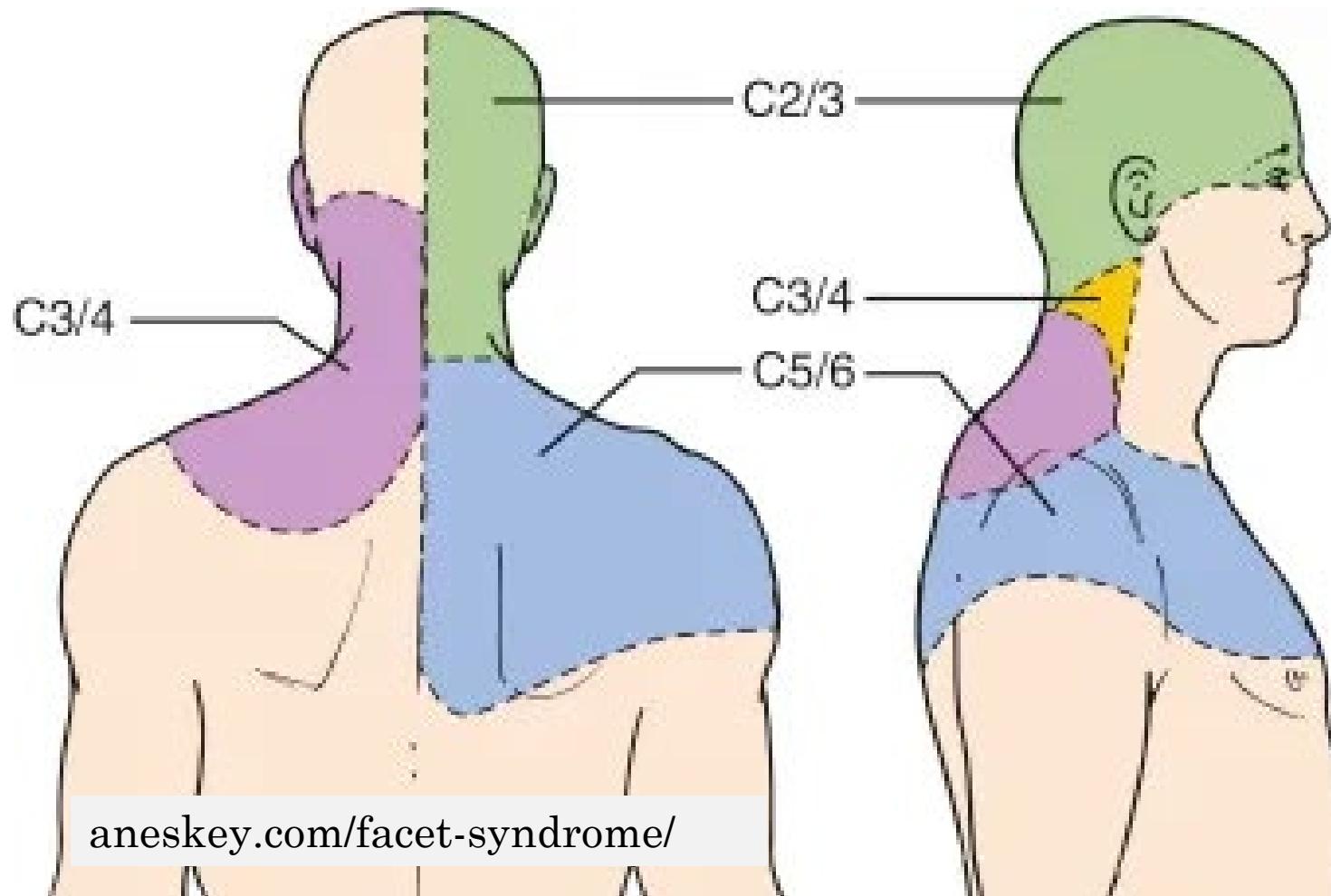
Patterns of referred pain produced by noxious stimulation of the cervical interspinous ligaments at the segments indicated (Based on Kellgren (1939))

Cervicobrachialgie somatique référée

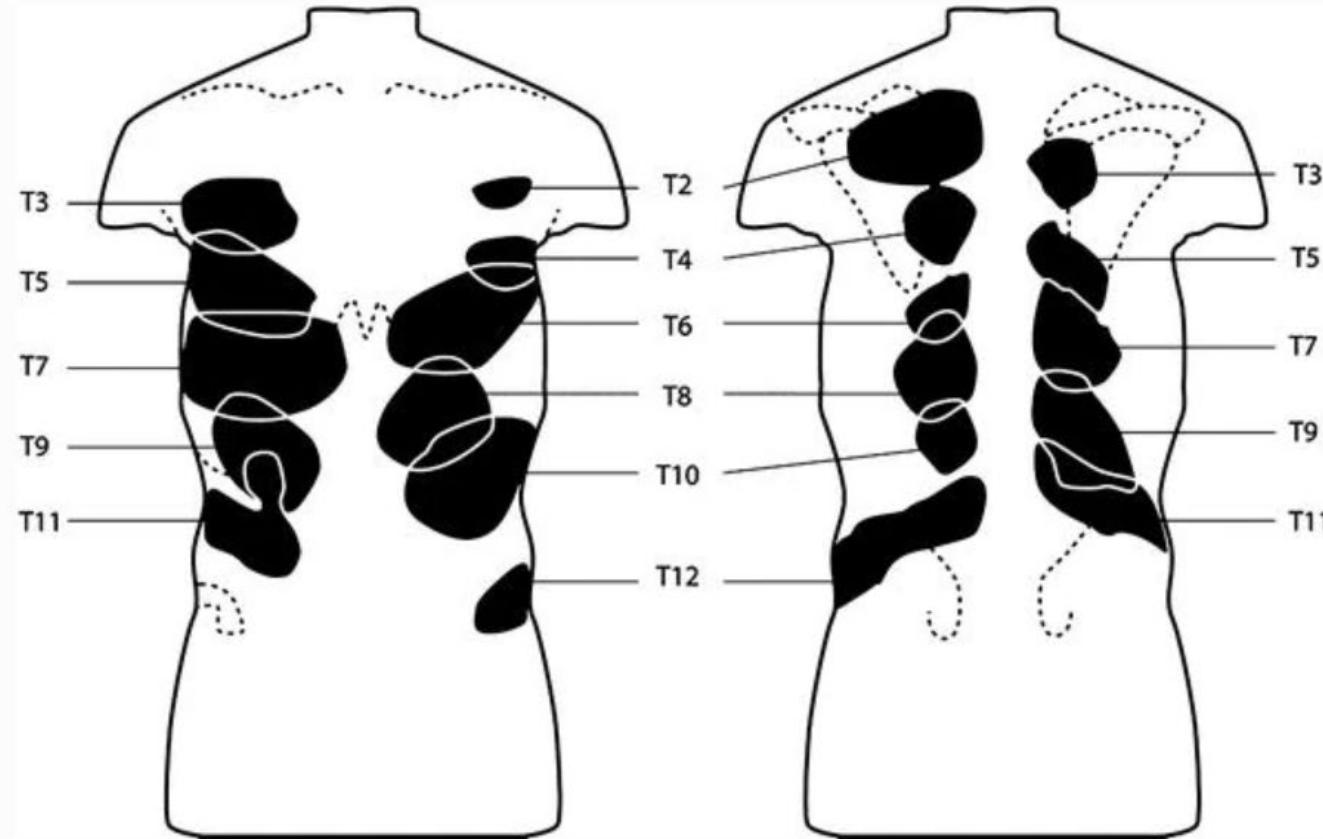
Roselt, D. (2013). Somatic Referred Pain. In: Gebhart, G.F., Schmidt, R.F. (eds) Encyclopedia of Pain. Springer, Berlin, Heidelberg.

Cervicalgie somatique référée

Patterns de syndrome facettaire cervical



Dorsalgie somatique référée



Patterns of referred pain produced by noxious stimulation of the thoracic interspinous ligaments at the segments indicated (Based on Kellgren (1939))

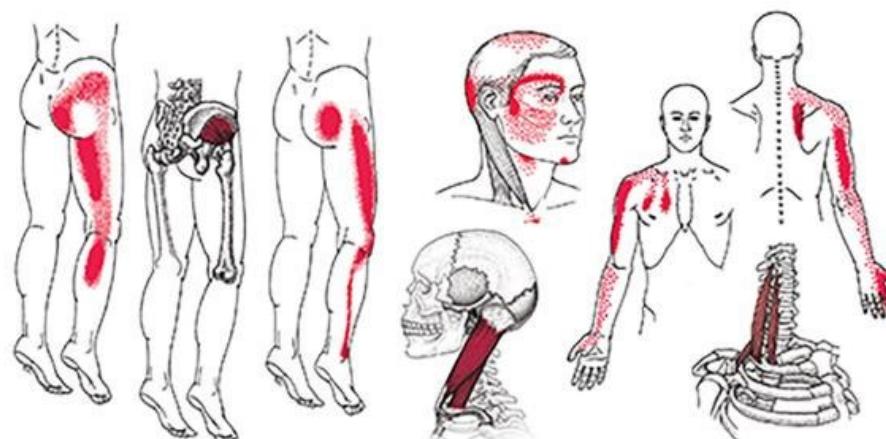
Copyrighted Material

TRAVELL, SIMONS & SIMONS'

Myofascial Pain and Dysfunction

THE TRIGGER POINT MANUAL

THIRD EDITION



Joseph M. Donnelly

César Fernández-de-las-Peñas

Michelle Finnegan

Jennifer L. Freeman

 Wolters Kluwer

Copyrighted Material

Douleur rachidienne somatique référée

Diagnostic différentiel très large

Imagerie généralement peu contributive

Examens physiques récurrents

Expertise en physiothérapie

Bloc(s) diagnostique(s) pour certaines étiologies

Lombalgie / cervicalgie / dorsalgie

Non radiculaire et < 3 mois

Aucun drapeau rouge

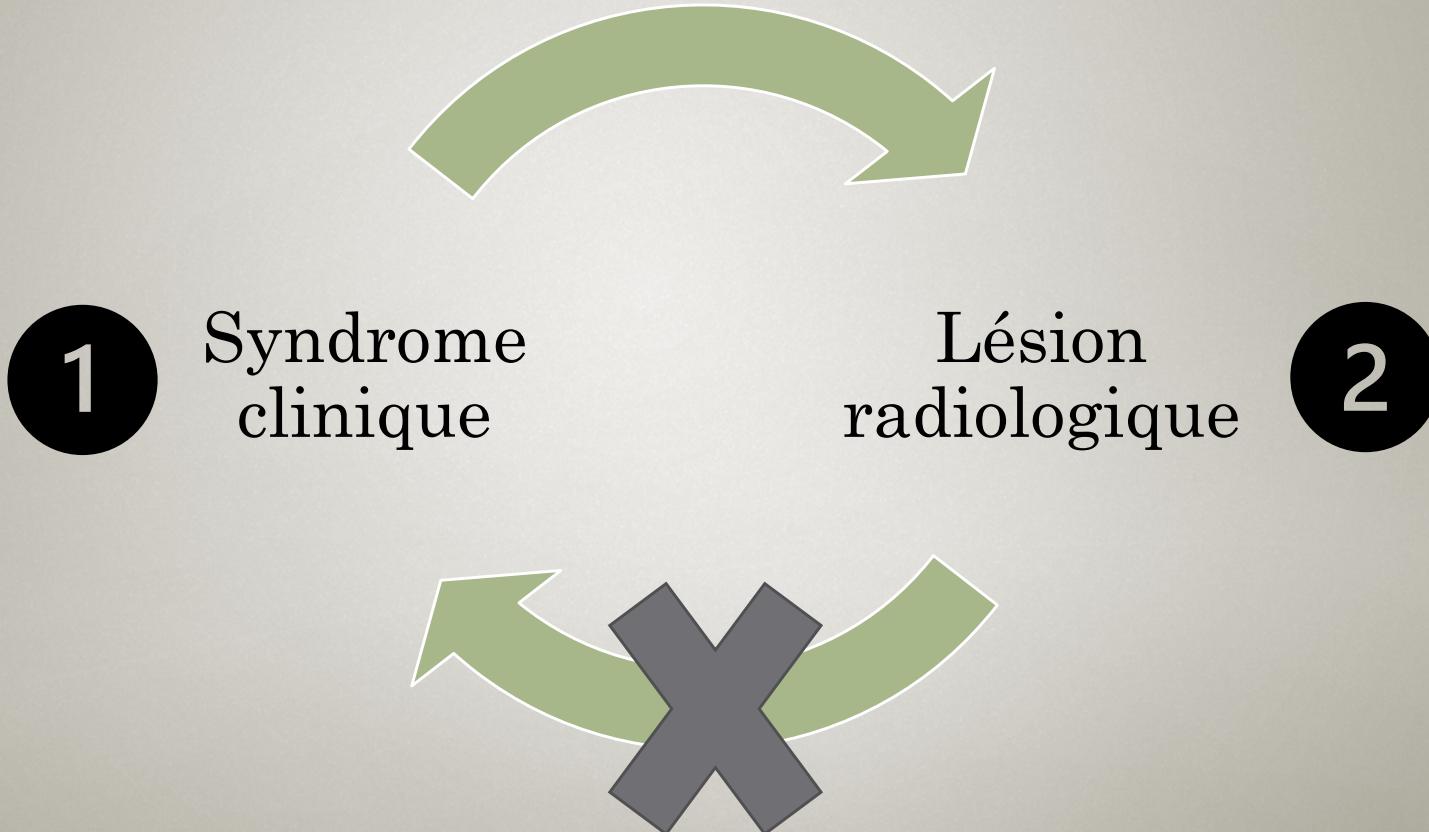
Imagerie non indiquée

Infiltration non indiquée

Histoire naturelle favorable

Et après 3 mois...?

Rôle de l'imagerie rachidienne





Radiographie simple

- Peu invasif, peu coûteux, le jour même
- Fractures ostéoporotiques par compression (surtout en mid-dorsal et en lombaire haut)
- Malformations congénitales
- Spondylolisthésis et spondylolyse
- Spondylose (non spécifique) - arthrose facettaire, ostéophytes, pincements discaux, etc.



Ne faites pas systématiquement une imagerie pour les patients atteints de lombalgie, indépendamment de la durée des symptômes, sauf si : (a) des éléments cliniques font soupçonner une pathologie sous-jacente grave (présence de signes d'alerte); (b) l'imagerie est nécessaire à la planification ou à l'exécution d'une intervention thérapeutique particulière fondée sur des données probantes pour une maladie rachidienne spécifique.

À moins que l'imagerie n'ait une portée directe sur la décision thérapeutique, elle n'est pas requise. Les « anomalies » radiologiques de la colonne vertébrale chez les personnes asymptomatiques sont courantes et elles augmentent avec l'âge. **Le taux de résultats faussement positifs est extrêmement élevé chez les personnes dont les symptômes sont dominants au dos (c. à d. douleur lombaire axiale) et la plupart des observations n'ont aucun lien avec le tableau clinique.**

Trouvailles radiologiques

Prévalence augmente avec l'âge

Faux positifs +++

Perspective clinique

Une liste des anomalies
radiologiques dégénératives

n'est pas un syndrome
douloureux clinique

ni en elle-même une raison
de consultation.

Association of Lumbar MRI Findings with Current and Future Back Pain in a Population-Based Cohort Study

Kasch, Richard MD^a; Truthmann, Julia PhD^b; Hancock, Mark J. PhD^c; Maher, Christopher G. DMedSc^d; Otto, Markus PhD^e; Nell, Christopher MD^e; Reichwein, Niklas^a; Bülow, Robin MD, MSc^e; Chenot, Jean-François MD, MPH^b; Hofer, Andre MD^a; Wassilew, Georgi MD^a; Schmidt, Carsten Oliver PhD^f

Author Information

SPINE: August 18, 2021 - Volume - Issue -

doi: 10.1097/BRS.0000000000004198

Methods.

Participants (n = 3,369) from a population-based cohort study were imaged at study entry, with LBP status measured at baseline and 6-year follow-up. MRI scans were reported on for the presence of a range of MRI

Conclusion.

Our study shows that the MRI degenerative findings we examined, individually or in combination, do not have clinically important associations with LBP, with almost all effects less than one unit on a 0-10 pain scale.

Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

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

Exceptions: séquestre discal (0-1%) et Modic type 1 (6%)

AJNR Am J Neuroradiol 36:811-16 Apr 2015

Pain Medicine Board Review, Woodbury et al. Elsevier Health 2017

Et à
l'inverse, une
lombalgie
non
radiculaire...

Ne s'explique pas par la
présence radiologique de

- Sténose spinale centrale
- Sténose(s) foraminale(s)
- Bombement discal
- Protrusion discale
- **Infiltre ces structures (péridurale stéroïdée) n'est pas recommandé en lombalgie axiale.**

Étiologies de la lombalgie axiale

Syndrome
facettaire
(15-30%)

Syndrome
sacro-iliaque
(10-25%)

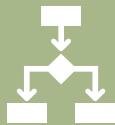
Non
spécifique
(ad 85%)

Disco/vertébrogénique
20-45% avant 65 ans?

Lombalgie non spécifique



Non spécifique et non "multifactorielle"



"Multifactorielle" impliquerait plusieurs causes spécifiques identifiables (et traitables)



Réalité: étiologie spécifique non identifiable

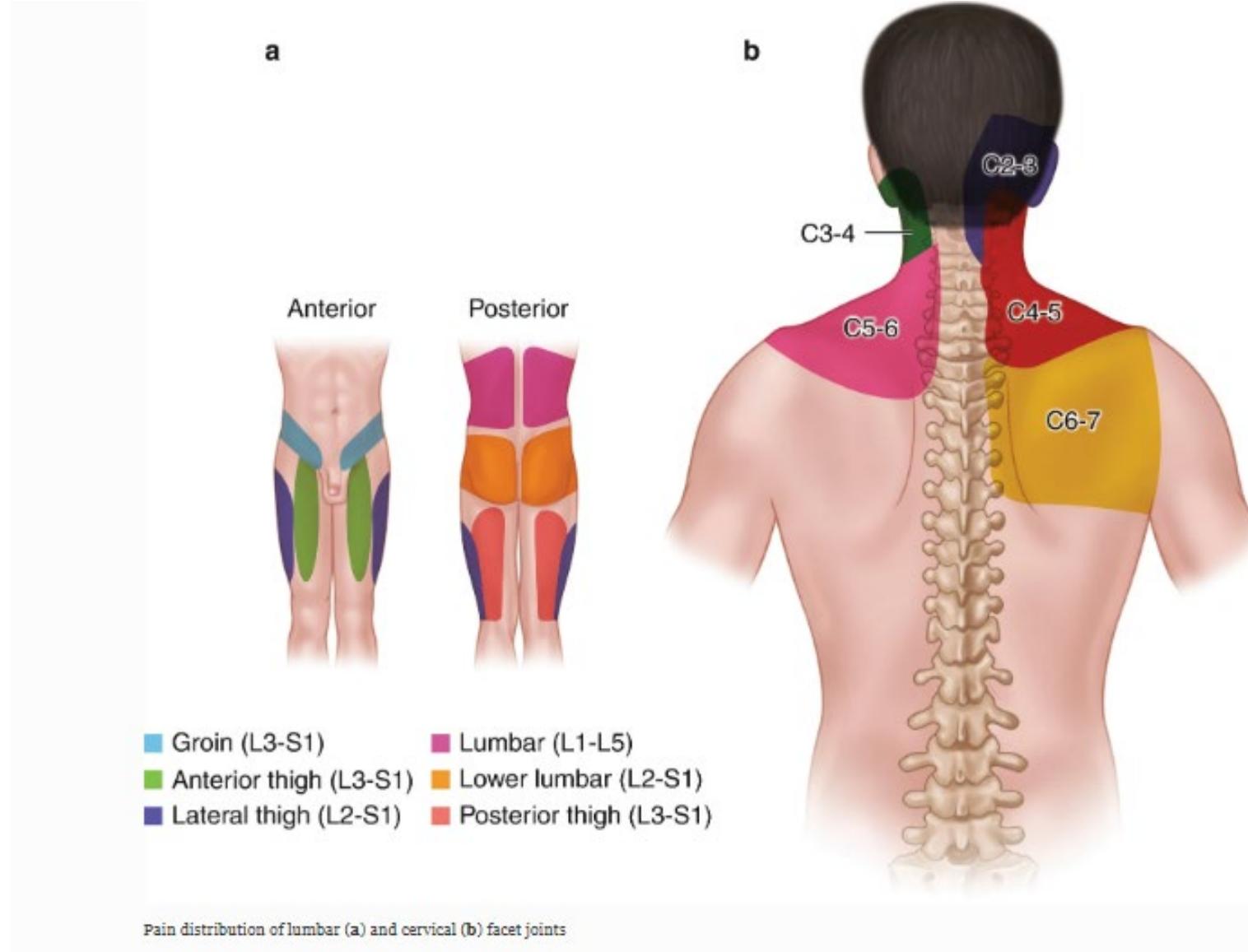
Clinique, imagerie et blocs diagnostics non discriminants

Évitez l'injection péridurale de corticoïdes (IPC) pour les patients ayant une lombalgie axiale sans symptômes d'origine radiculaire à la jambe.

Les stéroïdes sont des anti-inflammatoires puissants, mais la lombalgie axiale n'est avant tout pas un état inflammatoire. D'autant plus que le siège de l'inflammation ne serait généralement pas accessible par le canal rachidien.

L'IPC donne des résultats beaucoup moins bons pour la lombalgie axiale comparés à la radiculopathie causée par une hernie discale. Même si les effets

Syndrome facettaire lombaire et cervical



Ing, J., Feenstra, E. (2022). Noncancer Pain: Facet Arthropathy and Axial Low Back and Neck Pain. In: Banik, R.K. (eds) Anesthesiology In-Training Exam Review. Springer, Cham

Syndrome facettaire lombaire et cervical

15-30 % des
lombalgies

L4-L5 et L5-S1 plus
fréquemment
impliquées

27-63% des
cervicalgies

C5-C6 la plus
fréquemment
impliquée (et C2-C3:
céphalée occipitale)

Syndrome facettaire lombaire et cervical

Extension et rotation ipsilatérale peuvent exacerber la douleur

Palpation paravertébrale douloureuse
= seul signe prédictif à l'examen

Imagerie peu sensible (ex: souvent normale post-whiplash) et peu spécifique (arthrose facettaire très peu corrélée)

Syndrome facettaire lombaire et cervical

Blocs de branches médianes (BBM)

- 1-2 facettes à la fois
- Anesthésique local seul
- 0,25 – 0,5 mL par branche
- Seuil de 50-80% soulagement
- Faux positifs fréquents (30%)
- Un vs. deux BBM avant thermolésion
- Stéroïdes peuvent être thérapeutiques en cervical (basé sur évidence)

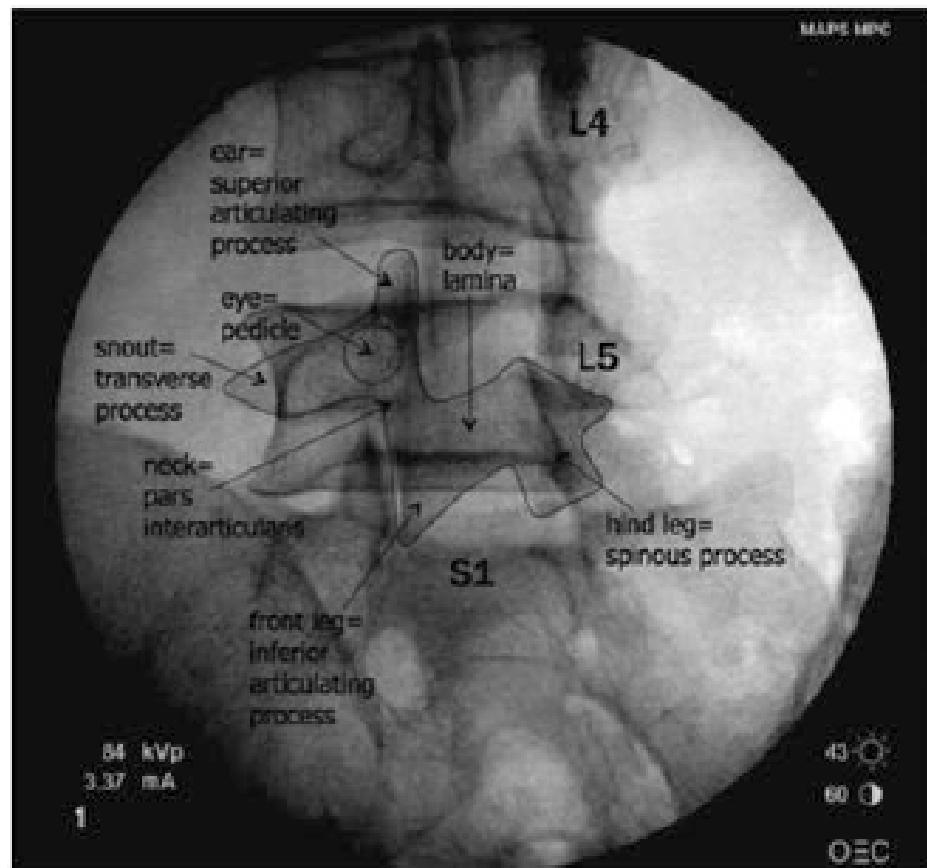
(Blocs facettaires intra-articulaires)

- Non prédictifs de succès à la thermolésion
- Débordement extra-articulaire fréquent (perte de spécificité anatomique)
- Seulement 15% des facettes auraient une activité inflammatoire avec effet soutenu d'un stéroïde 3+ mois
- Cervical: ne sont plus recommandés (risque vs bénéfice)

Blocs de branches médianes lombaires

Table 19.2 Medial branch nerves required to be blocked for each facet joint in the lumbar region

| Facet joint | Facet joint nerves to be blocked (medial branches or L5 dorsal ramus) | Level of transverse process or sacral ala |
|-------------|---|--|
| L1/L2 | T12 and L1 medial branches | At L1 transverse process for T12 At L2 transverse process for L1 |
| L2/L3 | L1 and L2 medial branches | At L2 transverse process for L1 At L3 transverse process for L2 |
| L3/L4 | L2 and L3 medial branches | At L3 transverse process for L2 At L4 transverse process for L3 |
| L4/L5 | L3 and L4 medial branches | At L4 transverse process for L3 At L5 transverse process for L4 |
| L5/S1 | L4 medial branch L5 dorsal ramus | At L5 transverse process for L4 medial branch at sacral ala groove for L5 dorsal ramus |



C. Oblique view with "Scotty dog."

Blocs de branches médianes cervicales

Table 21.2 Facet joint nerves to be blocked for each facet joint in the cervical region

| Facet joint | Facet joint nerves (medial branches) to be blocked | Level of transverse process |
|-------------|--|--|
| C2/C3 | Third occipital nerve or C2 and C3 medial branches | At C2/C3 joint |
| C3/C4 | C3 and C4 medial branches | At C3 and C4 articular pillars |
| C4/C5 | C4 and C5 medial branches | At C4 and C5 articular pillars |
| C5/C6 | C5 and C6 medial branches | At C5 and C6 articular pillars |
| C6/C7 | C6 and C7 medial branches | At C6 and C7 articular pillars |
| C7/T1 | C7 and C8 medial branches | At C7 articular pillar and at T1 transverse process for C8 |

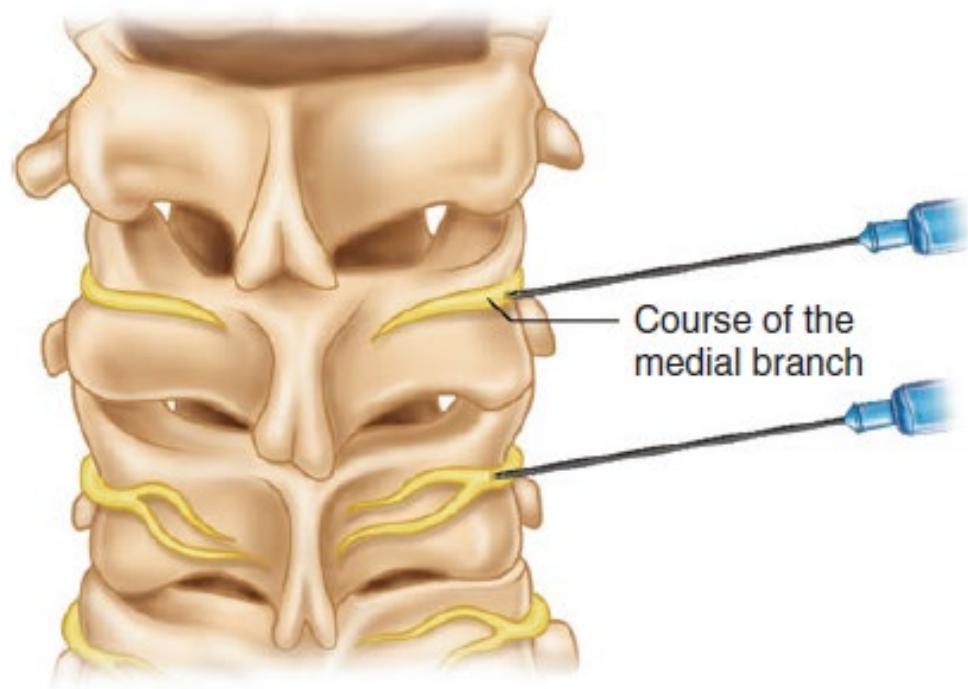
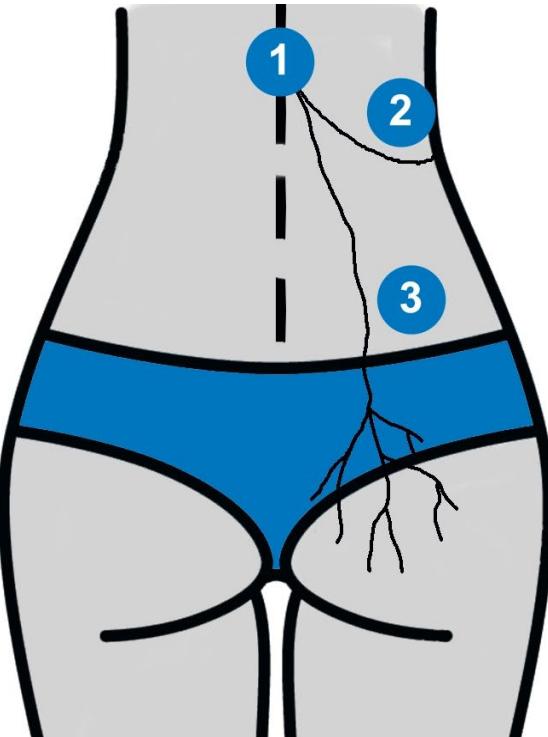
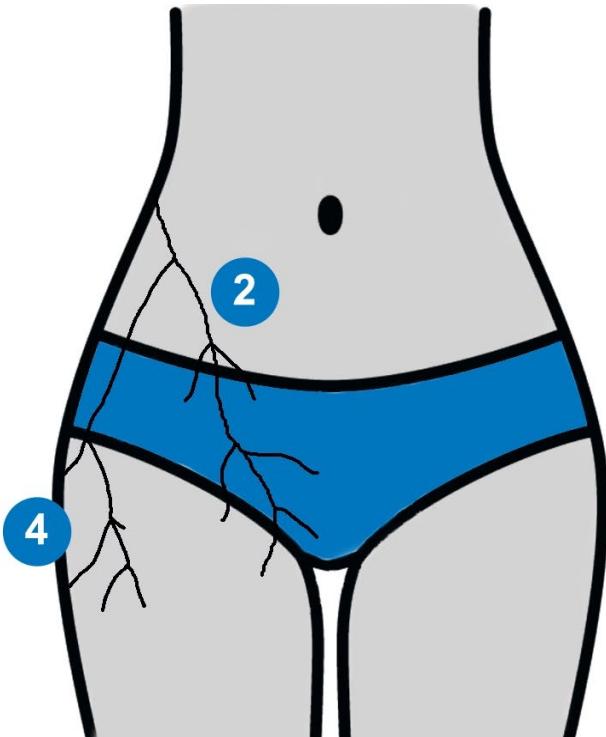


Fig. 21.13 Diagram showing the needle positioning for cervical medial branch block

Syndrome de la jonction thoracolombaire



Facettes T11-T12, T12-L1, L1-L2

- www.hfe.co.uk/blog/thoracolumbar-junction-syndrome-maignes-syndrome/

Syndrome facettaire thoracique

- Anatomie plus complexe
- Peu de littérature
- Penser aux facettes adjacentes à une fracture avec perte de hauteur



**Thoracic
kyphosis**

©MMG

10-25% des lombalgie

Extra-articulaire (ligaments) et/ou intra-articulaire

Dysfonction mécanique (peu inflammatoire)

Plus fréquent chez les patients avec fusion lombaire

Possible irradiation au membre inférieur distal et à l'aine

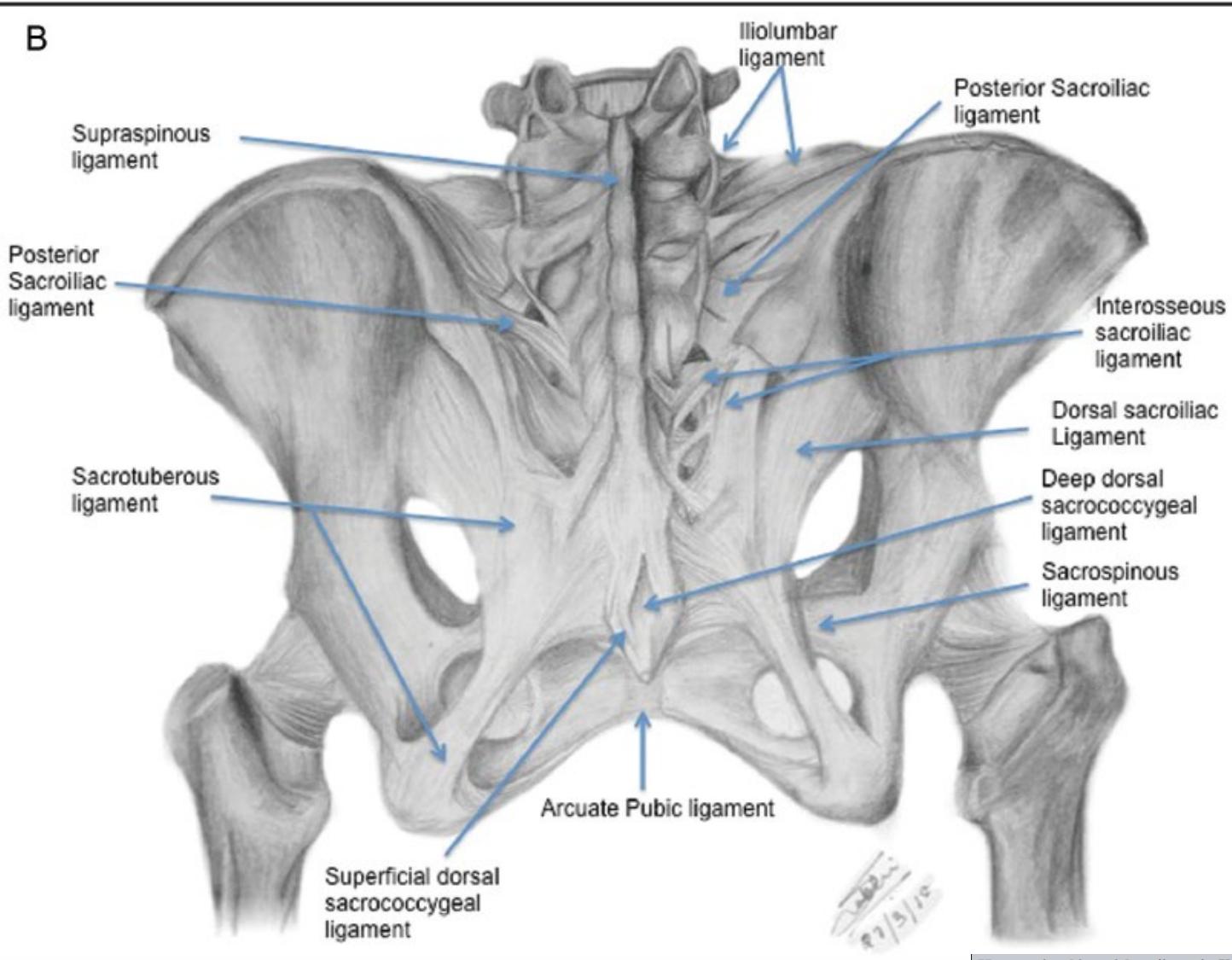
Manoeuvres d'examen physique (3 et plus = suggestif)

Imagerie peu utile

Diagnostic formel = bloc intra-articulaire avec soulagement plus de 50%

Syndrome sacro-iliaque

B

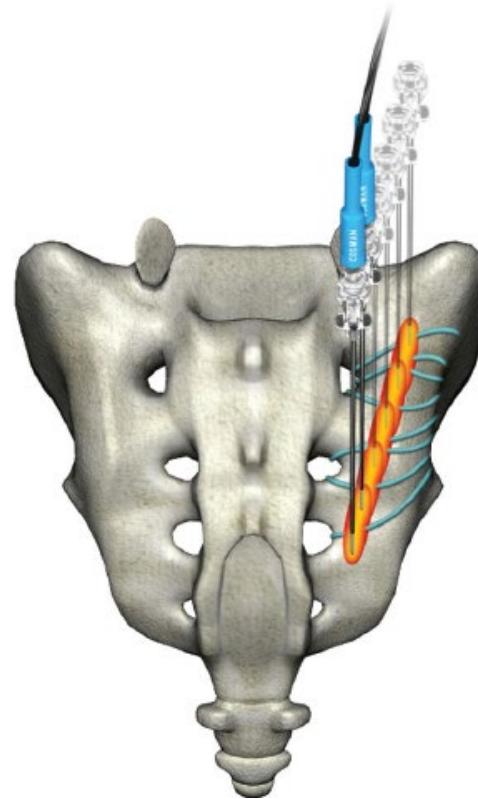


How to cite this article: Tilwawala K, Kothari K, Patel R. Sacroiliac joint: A review. Indian J Pain 2018;32:4-15.



Fig. 17.5 Anteroposterior fluoroscopic image demonstrating a right-sided intra-articular SI joint block

© Springer International Publishing AG 2018
J. Cheng, R.W. Rosenquist (eds.), *Fundamentals of Pain Medicine*,



Thermolésion des branches latérales sacrées

How to cite this article: Tilwawala K, Kothari K, Patel R. Sacroiliac joint: A review. Indian J Pain 2018;32:4-15.

Syndrome sacro-iliaque

Étiologies
plus
difficiles à
démontrer
(et à traiter)

Lombalgie axiale
discogénique

Lombalgie axiale
vertébrogénique

Lombalgie disco/vertébrogénique

Découlerait d'une discopathie dégénérative (ne pas confondre avec la hernie discale)

Possiblement la cause de lombalgie axiale la plus fréquente entre 30 et 50 ans

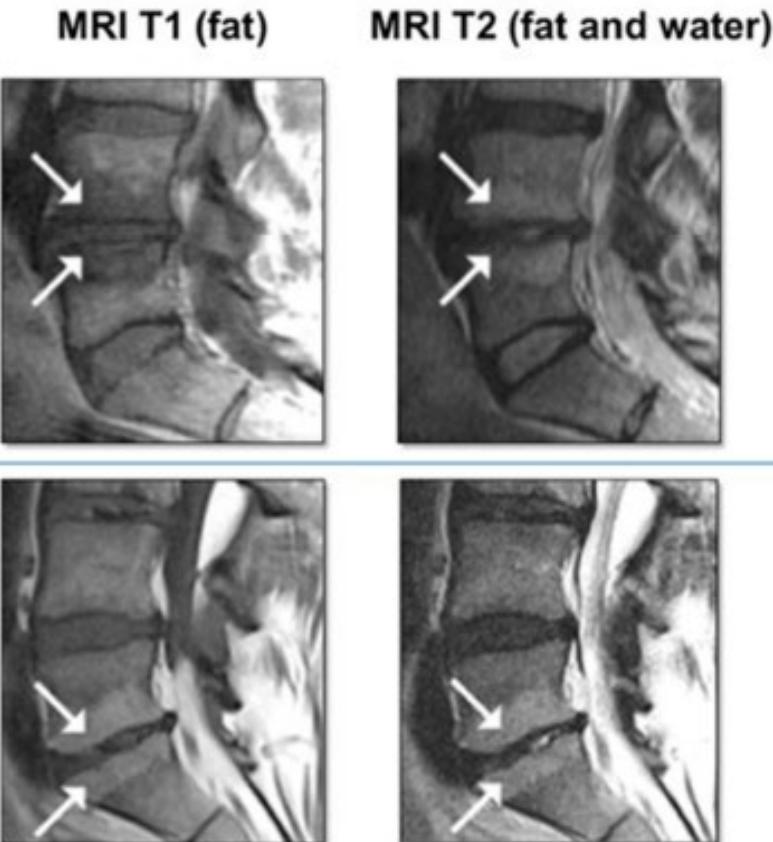
Histoire de "dos bloqué" 4-5 jours à la fois

Pire en flexion, en position assise et en se levant

IRM et suspicion de lombalgie discogénique et /ou vertébrogénique

- Rechercher les remaniements Modic de type 1 (et 2)
 - Type 1 présent chez seulement 6% des gens asymptomatiques
 - Inflammation (infection?) des plateaux vertébraux avec oedème de la moelle osseuse des corps vertébraux
- Type 2 moins spécifique
 - Infiltration graisseuse
- Type 3 souvent asymptomatique
 - Sclérose sous-chondrale

Remaniements Modic types 1 & 2



Modic Type 1—Edema and Inflammation:

- Hypointense T1W
- Hyperintense T2W MR images

Modic Type 2—Fat likely from ischemia

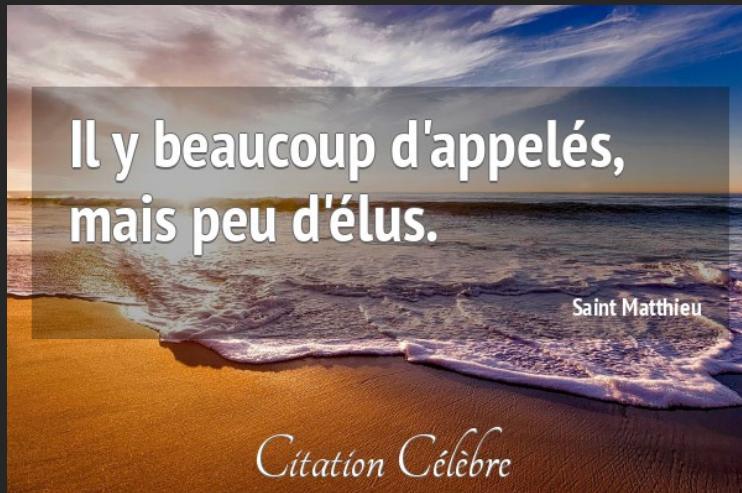
- Hyperintense T1W and T2W MR images

Lombalgie disco/vertébrogénique: bémol

Absence de critères diagnostiques définitifs

- Radiologie sensible mais spécificité modérée (Modic type 1)
- Pas d'intervention diagnostique validée

Interventions thérapeutiques \$, efficacité variable et/ou encore à l'étude



Citation Célèbre

citation-celebre.leparisien.fr/

Approches intradiscales

Beaucoup moins effectuées depuis 10-15 ans

Faux (+) fréquents avec discographie de provocation

IDET et biacuplastie: résultats variables

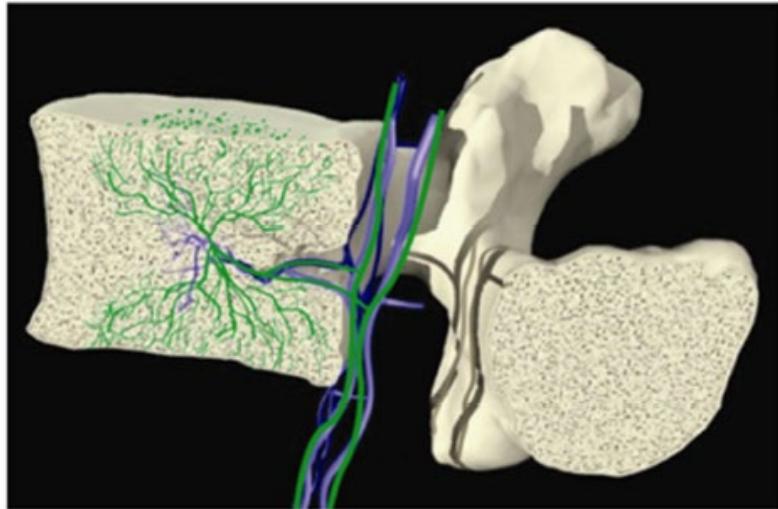
Disciite très morbide

Augmentation des hernies discales à moyen terme



Approches intradiscales:
ozone et plasma riche en plaquettes

Distribution of the Basivertebral nerve



Interventional Management

Non-Interventional Management

Vertebrogenic Pain (Modic changes) Treatment
(BVN Ablation)

Disc Specific Treatment
(IDET, Biculoplasty, Intradiscal biologics)

Conservative Management
(Physical therapy, NSAIDs)

Figure 5 Potential management options for vertebrogenic pain.

Abbreviation: BVN, basivertebral nerve; IDET, intra-discal electrothermal therapy; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Lombalgie disco/vertébrogénique

Remaniements de type 1 et/ou 2

Préférablement 1-2 niveaux atteints

D'abord éliminer

- Syndrome facettaire
- Syndrome sacro-iliaque

Ozone intradiscal:
accès retroussé via
physiatrie au
CHUM

PRP intradiscal,
ablation des NBV:
Institut de
Physiatrie du
Québec (\$\$)

Douleur disco/vertébrogénique

CERVICALE

DORSALE

LITTÉRATURE À SUIVRE

Syndromes radiculaires

Lombalgie / cervicalgie / dorsalgie

Radiculaire / claudiquante < 6-12 semaines

Aucun drapeau rouge

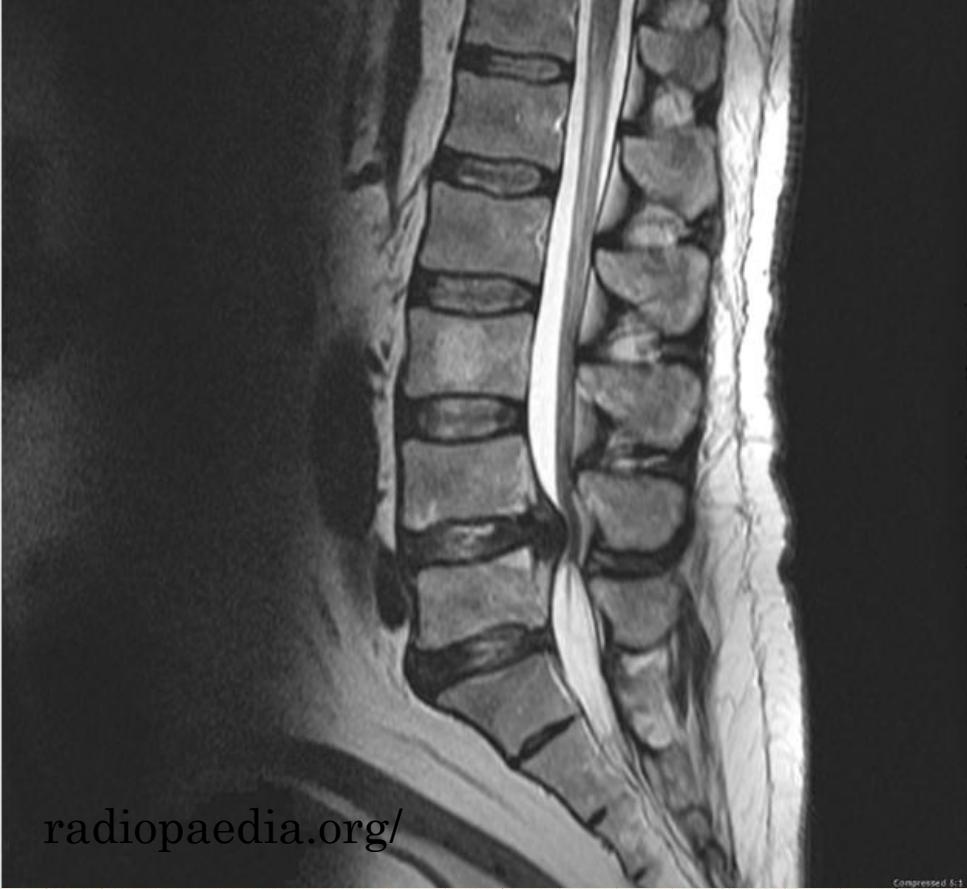
Imagerie non indiquée

Infiltration non indiquée

Histoire naturelle favorable

Claudication neurogène





Claudication neurogène

Étiologie: sténose spinale centrale

Combinaison de phénomènes:

Hypertrophie facettaire, hypertrophie du ligament jaune,
lipomatose péridurale, spondylolisthésis, bombement

Douleur membres inférieurs, bilatérale et postérieure

A la marche, parfois dès que debout

Lombalgie souvent absente

Shopping cart sign



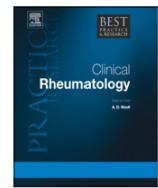
| | | | |
|-------------------|--|---------------|----------------|
| Romberg | Imbalance when standing with feet together and eyes closed | 39% (24%-54%) | 91% (81%-100%) |
| Gait abnormality | Wide-based gait | 43% (28%-58%) | 97% (91%-100%) |
| Spinal flexion | No pain with lumbar flexion | 79% (67%-91%) | 44% (27%-61%) |
| Spinal extension | Thigh pain with 30-s lumbar extension | 51% (36%-66%) | 69% (53%-85%) |
| Vibration deficit | Reduced vibratory sense (128-Hz tuning fork) | 53% (38%-68%) | 81% (67%-95%) |
| Pinprick deficit | Reduced pinprick sense (medial/lateral foot or calf) | 47% (32%-62%) | 81% (67%-95%) |
| Impaired reflex | Absent Achilles tendon reflex | 46% (31%-61%) | 78% (64%-92%) |

Syndrome radiculaire lombaire

Best Practice & Research Clinical Rheumatology 24 (2010) 241–252



Contents lists available at [ScienceDirect](#)
**Best Practice & Research Clinical
Rheumatology**
journal homepage: www.elsevierhealth.com/berh



8

Sciatica

Jean-Pierre Valat, MD, PhD^{a,*}, Stéphane Genevay, MD^b, Marc Marty, MD^c,
Sylvie Rozenberg, MD^d, Bart Koes, PhD^e

RADICULALGIE ≥
LOMBALGIE

90% L5 et/ou S1

CARACTÉRISTIQUES
NEUROPATHIQUES
(DN4)

[Radicular Back Pain - StatPearls - NCBI Bookshelf](#)

Questionnaire DN4

Interrogatoire du patient

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

1. Fourmillements
2. Picotements
3. Engourdissement
4. Démangeaisons

Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

1. Hypoesthésie du tact
2. Hypoesthésie à la piqûre

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

1. Le frottement



Fig. 22.1 Lower extremity dermatome map

Lumbosacral Radicular Pain

Kent H. Nouri and Salahadin Abdi

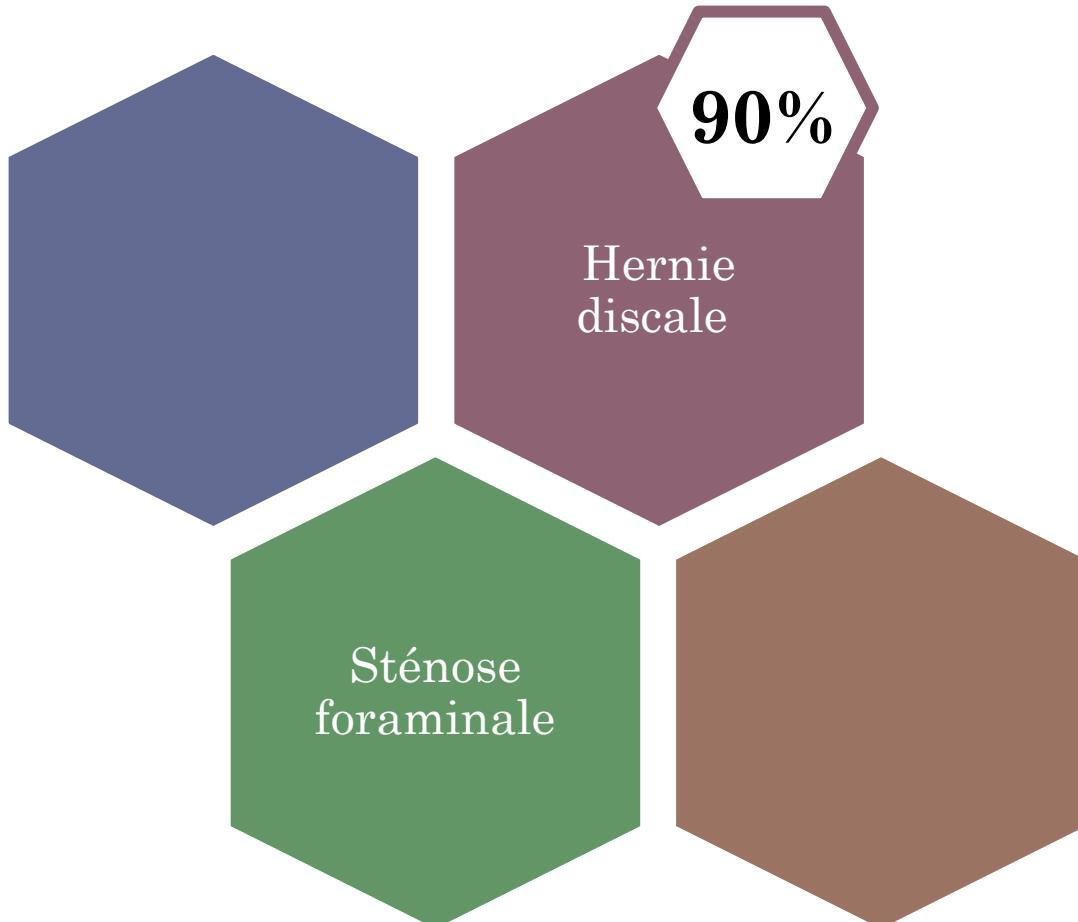
22

Lumbar radiculopathy^b

| | | | |
|----------------------------|---|---------------|---------------|
| Straight leg raising | Patient supine and hip flexed with knee extended | 64% (56%-71%) | 57% (47%-66%) |
| Cross straight leg raising | Pain with passive extension of the contralateral leg | 28% (22%-35%) | 90% (85%-94%) |
| Muscle weakness | During ankle dorsiflexion or extension of the great toe | 27% (20%-37%) | 93% (88%-97%) |
| Impaired reflexes | Achilles tendon (S1 radiculopathy) | 15% (9%-21%) | 93% (88%-97%) |
| | Patellar tendon (L4 radiculopathy) | 15% (9%-21%) | 75% (55%-89%) |
| Sensory deficits | Reduced tactile sensation, tingling, and numbness | 28% (21%-36%) | 66% (56%-74%) |
| Forward flexion | Pain with bending forward in the standing position | 45% (37%-53%) | 74% (65%-81%) |

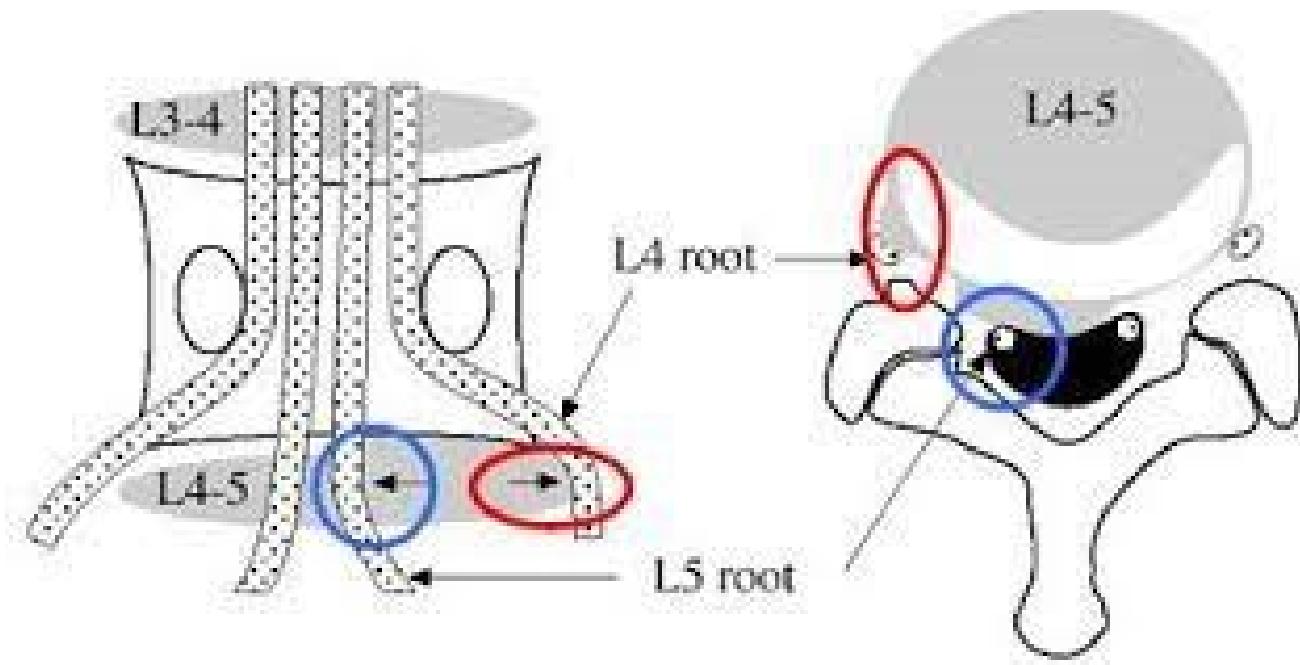
Étiologies principales du syndrome radiculaire lombaire

HD: souvent pire en flexion et avec Valsalva



Radiculalgie sur hernie discale: quelle racine?

- 90% paracentral, irritant la racine descendante
- 10% récessus latéral, irritant la racine émergente



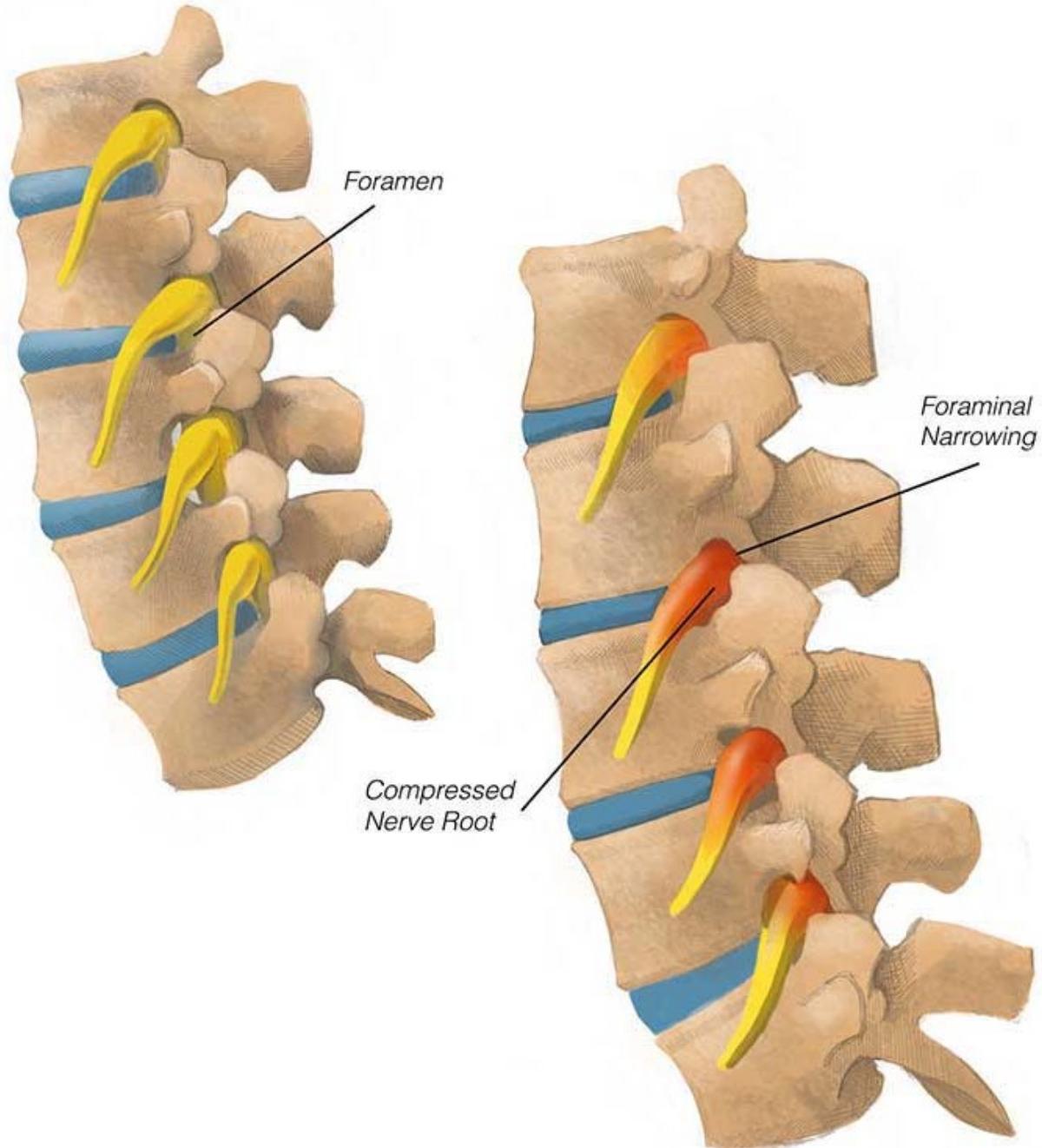
IRM et ÉMG: valeur diagnostique

Absence de compression visible à l'imagerie (soupe inflammatoire) = radiculalgie sans radiculopathie

Contact radiculaire sans compression = radiculalgie, souvent sans radiculopathie

Compression/étirement 10-15% fibres = radiculopathie

EMG moins sensible que IRM, mais plus spécifique



Radiculalgie sur sténose foraminale

souvent d'apparition
progressive, pire en
extension

Péridurale stéroïdée lombaire

Radiculalgie ou claudication neurogène

Rarement, pour douleur discogénique avant de tenter approche intradiscale

Viser l'espace péridural antérieur (foraminale ou interlaminaire parasagittale, sous fluoroscopie avec contraste)

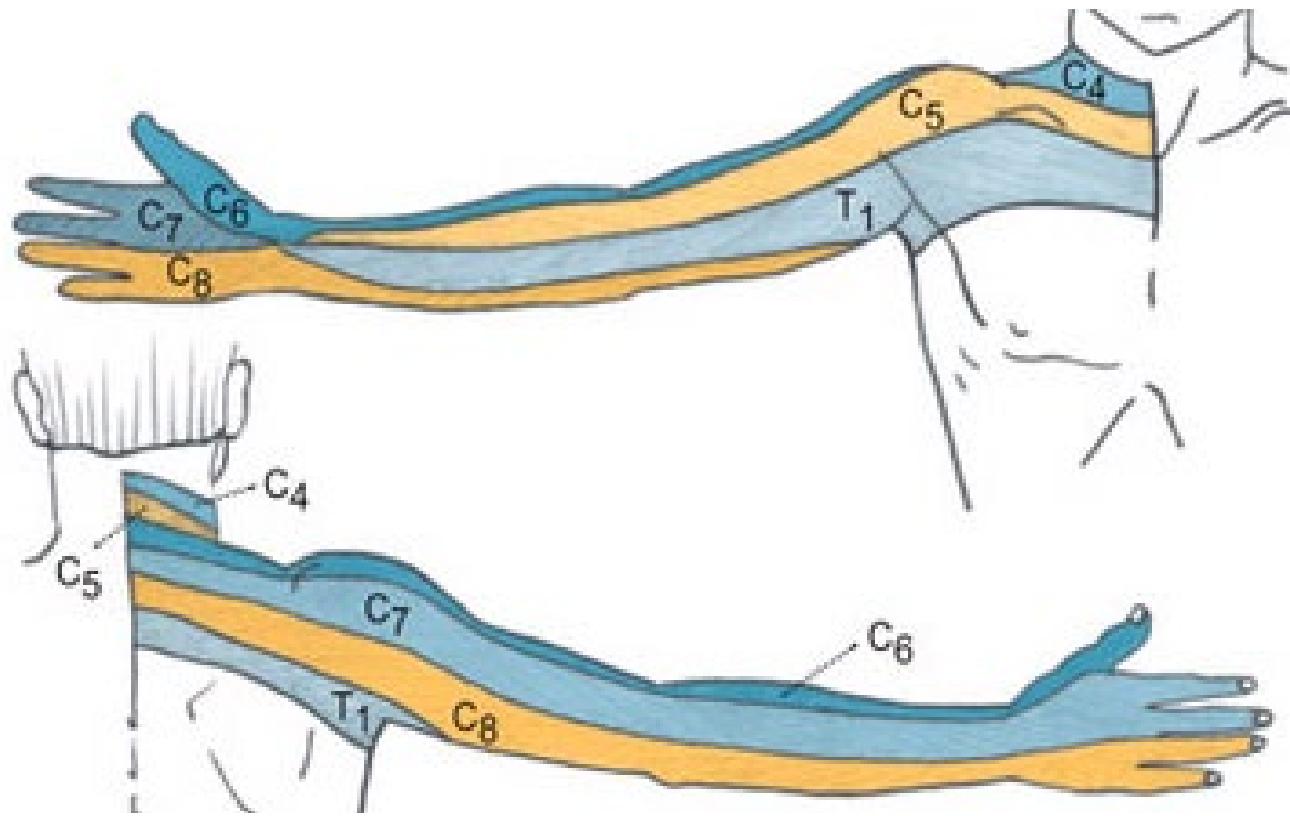
Viser la racine irritée: foraminale L5-S1 pour radiculalgie L5 secondaire à hernie discale paracentrale L4-L5

Syndrome radiculaire cervical

RADICULALGIE \geq
CERVICALGIE

90% C6 et/ou C7

CARACTÉRISTIQUES
NEUROPATHIQUES (DN4)



physio-pedia.com/Cervical_Radiculopathy

Syndrome radiculaire cervical

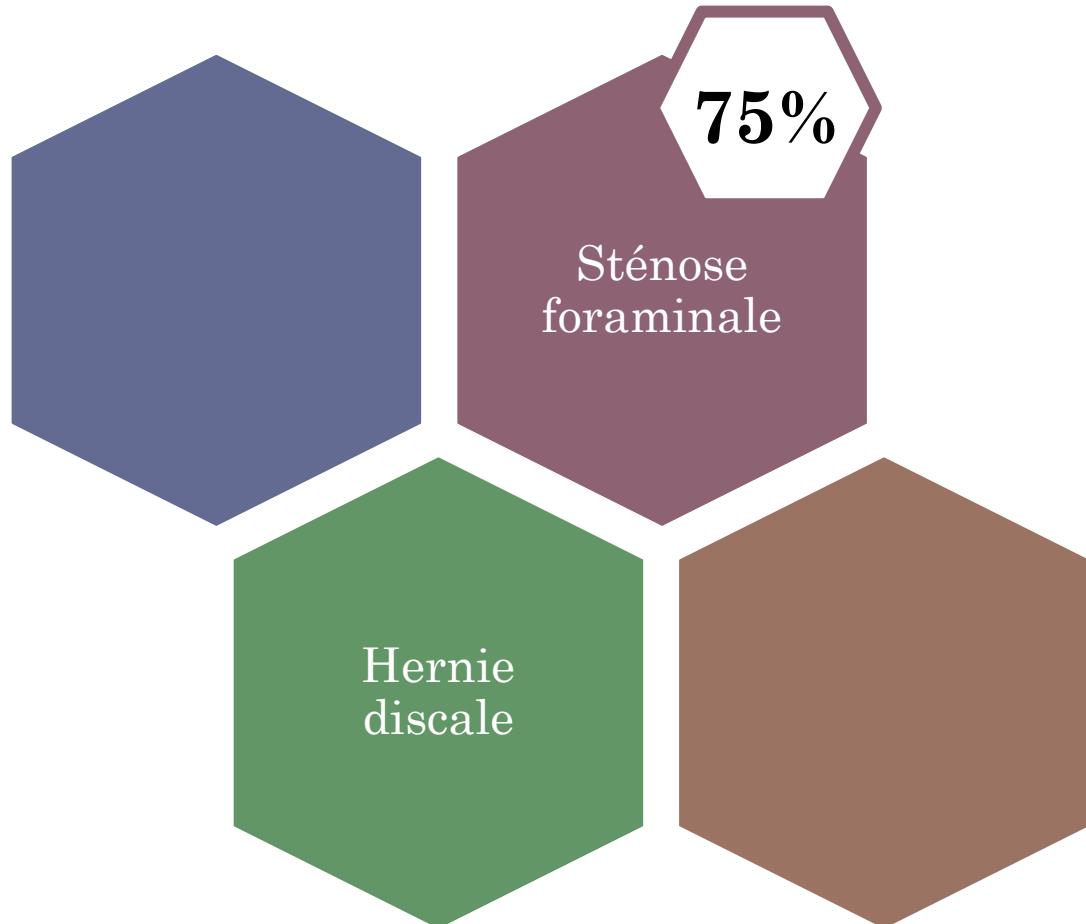
Spurling (provoque)

Shoulder abduction test (soulage)

50% sensibilité / 90% spécificité

Hoffman (éliminer myélopathie)

Étiologies principales du syndrome radiculaire cervical



Péridurale stéroïdée cervicale

Radiculalgie > 6-12 semaines

Interlaminaire parasagittale C7-T1, sous fluoroscopie avec contraste

Foraminale presque abandonnée (quadraplégie)

Péridurale, douleur et fonctionnement

Effect size modeste à modéré, à court terme seulement

Taux de succès décroissant selon l'indication

Syndrome radiculaire subaigu sur hernie discale = le mieux

Syndrome radiculaire attribué à sténose foraminale

Claudication neurogène = le pire

Et le rachis
dorsal?

Moins de 1% des
hernies discales

Se présentent souvent
avec myélopathie et
peu de douleur



Programme d'exercice (posture, flexibilité, force, aérobie) si chronique



Peu d'approches passives, traction inefficace



Minimiser le repos



Éducation seule: inefficace



Thérapie cognitivo-comportementale

Traitements de 1^{re} ligne, basés sur évidence



Traitements de seconde ligne

- Duloxétine
- AINS de courte durée
- Éviter l'acétaminophène en monothérapie
- Relaxants musculaires?
- Opioïdes de courte durée et le moins possible

Anticonvulsants for the Treatment of Low Back Pain and Lumbar Radicular Pain

Michael Gottlieb, MD¹ , Alex Koyfman, MD², and Brit Long, MD³ 

| | |
|--------------------------|--|
| NNT color recommendation | Red (harm > benefit) |
| Summary heading | When compared to placebo, anticonvulsants do not reduce pain or disability in low back pain but increase the risk of adverse events. |
| Benefits in NNT | No one was helped |
| Benefits in percentages | No one was helped |
| Harms in NNT (NNH) | 1 in 6 were harmed (adverse event) |
| Harms in percentages | 16% more were harmed (adverse events) |
| Efficacy endpoints | Reduction in pain or disability in the immediate, short, intermediate, and long term |
| Harm endpoints | Adverse events |
| Who was in the studies | 9 trials comprising 859 total adults with low back pain with or without radiation to the leg, sciatica, or neurogenic claudication of any duration |

Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis

Oliver Enke MBBS MSc, Heather A. New MBBS MPH, Charles H. New MBBS, Stephanie Mathieson PhD, Andrew J. McLachlan PhD, Jane Latimer PhD, Christopher G. Maher PhD, C.-W. Christine Lin PhD

■ Cite as: CMAJ 2018 July 3;190:E786-93. doi: 10.1503/cmaj.171333

Investigating patients who were pregnant or p^{al} or who had mixed conditions (e.g., low band and neck pain). Outcomes included pain intensity, and adverse events. Pain and disabiliti^{assessed} at the following time points: im^{est}

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MARCH 23, 2017

VOL. 376 NO. 12

Approche biomédicale de la douleur rachidienne

EXPECTATION...

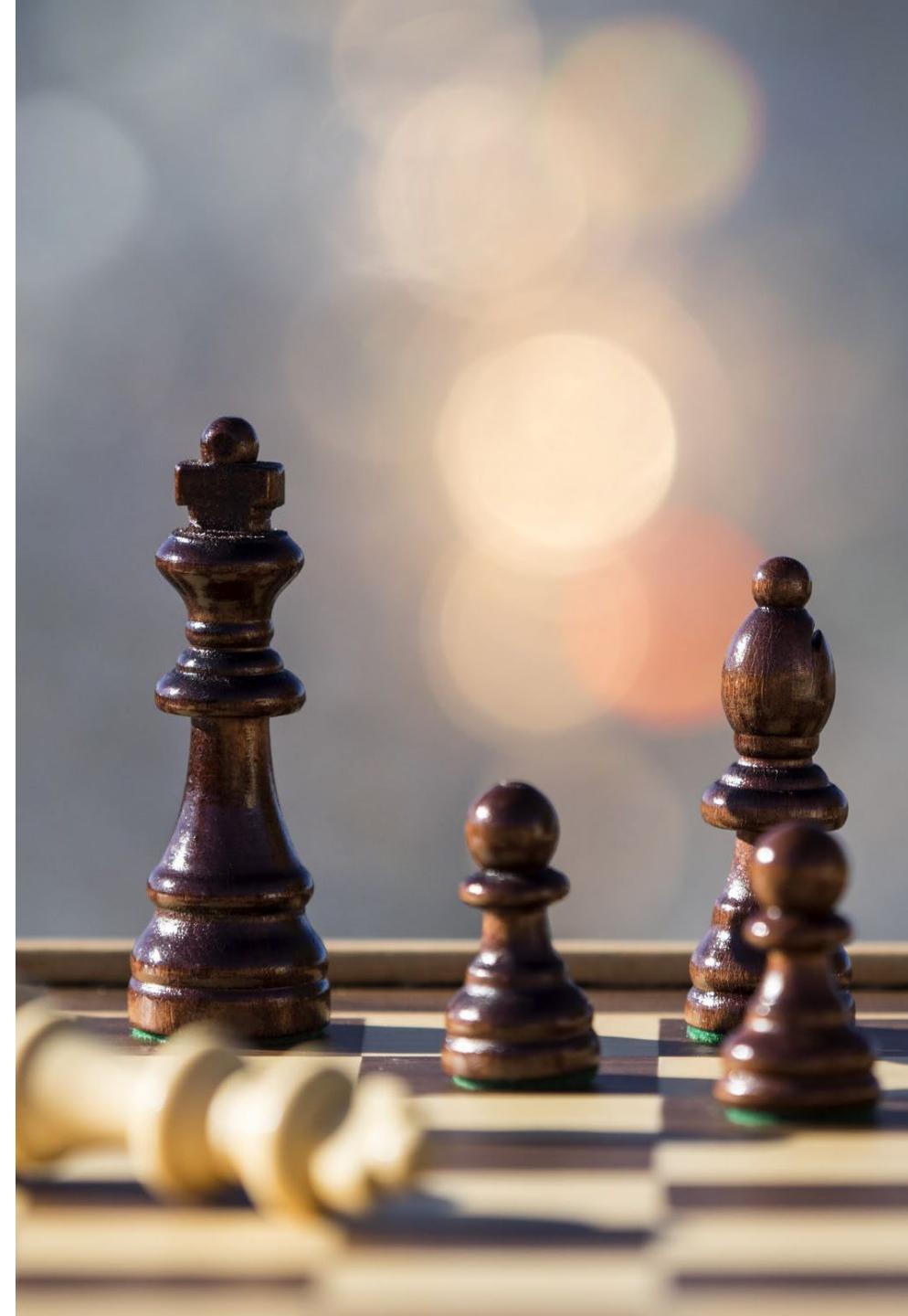


REALITY...



Facteurs psychosociaux

- Catastrophisation de la douleur
- *Fear / avoidance beliefs*
- Insatisfaction au travail
- Troubles anxieux et/ou dépressifs
- Statut socio-économique
- Travail de nature physique
- Système de compensation du travailleur (ex. CNESST)
- (tabac, obésité et sédentarité: lien peu clair)



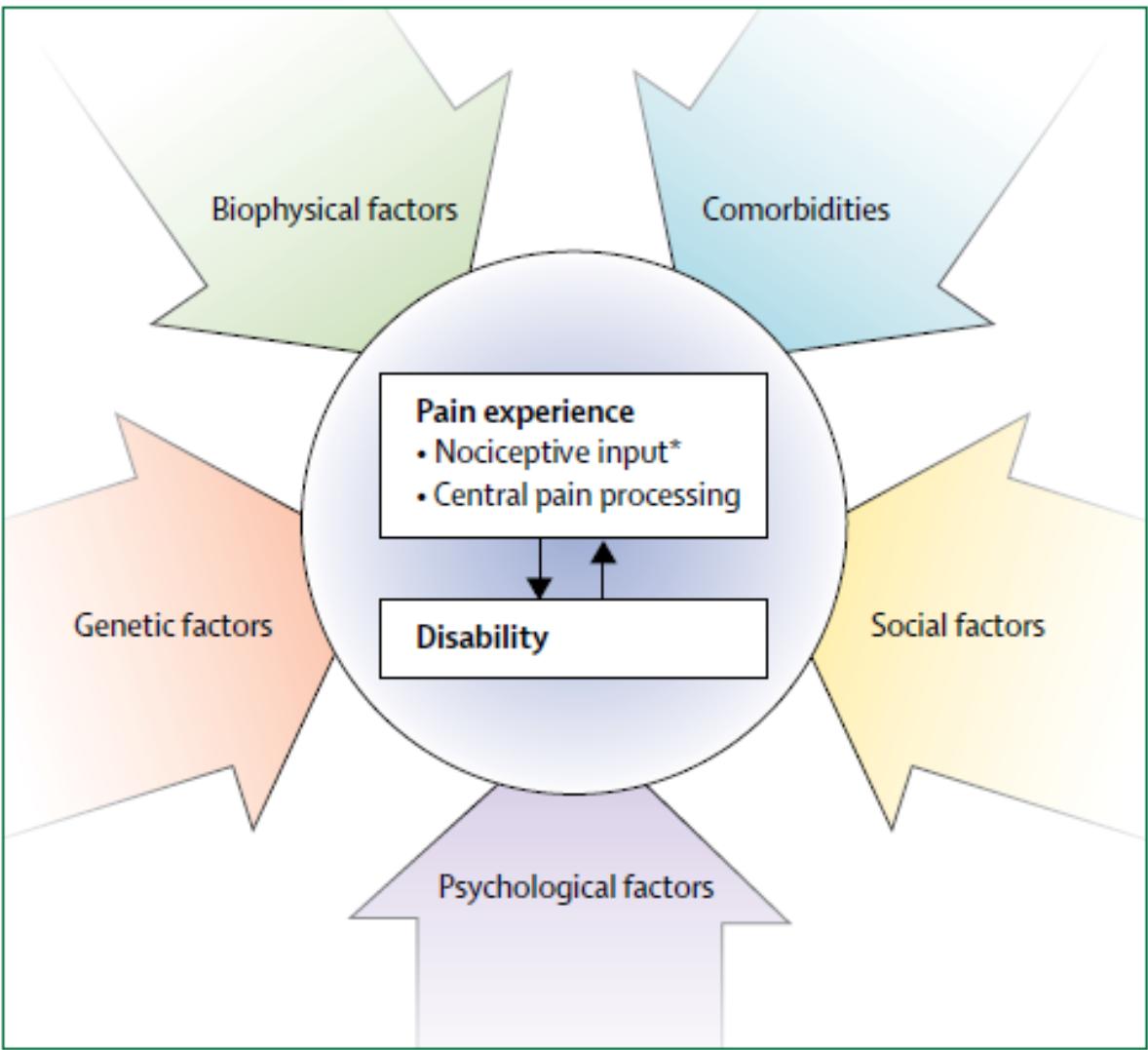


Figure 1: Contributors to low back pain and disability

The model includes key contributors to low back pain and disability but does not attempt to represent the complex interactions between different contributors. *Nociceptive input includes non-identifiable sources in non-specific low back pain, neurological sources (eg, radicular pain) and specific pathology (eg, fractures).

Évolution des pratiques

Focus sur le fonctionnement et non la douleur en elle-même

Focus sur le bien-être et non l'absence de maladie

Focus sur l'autogestion

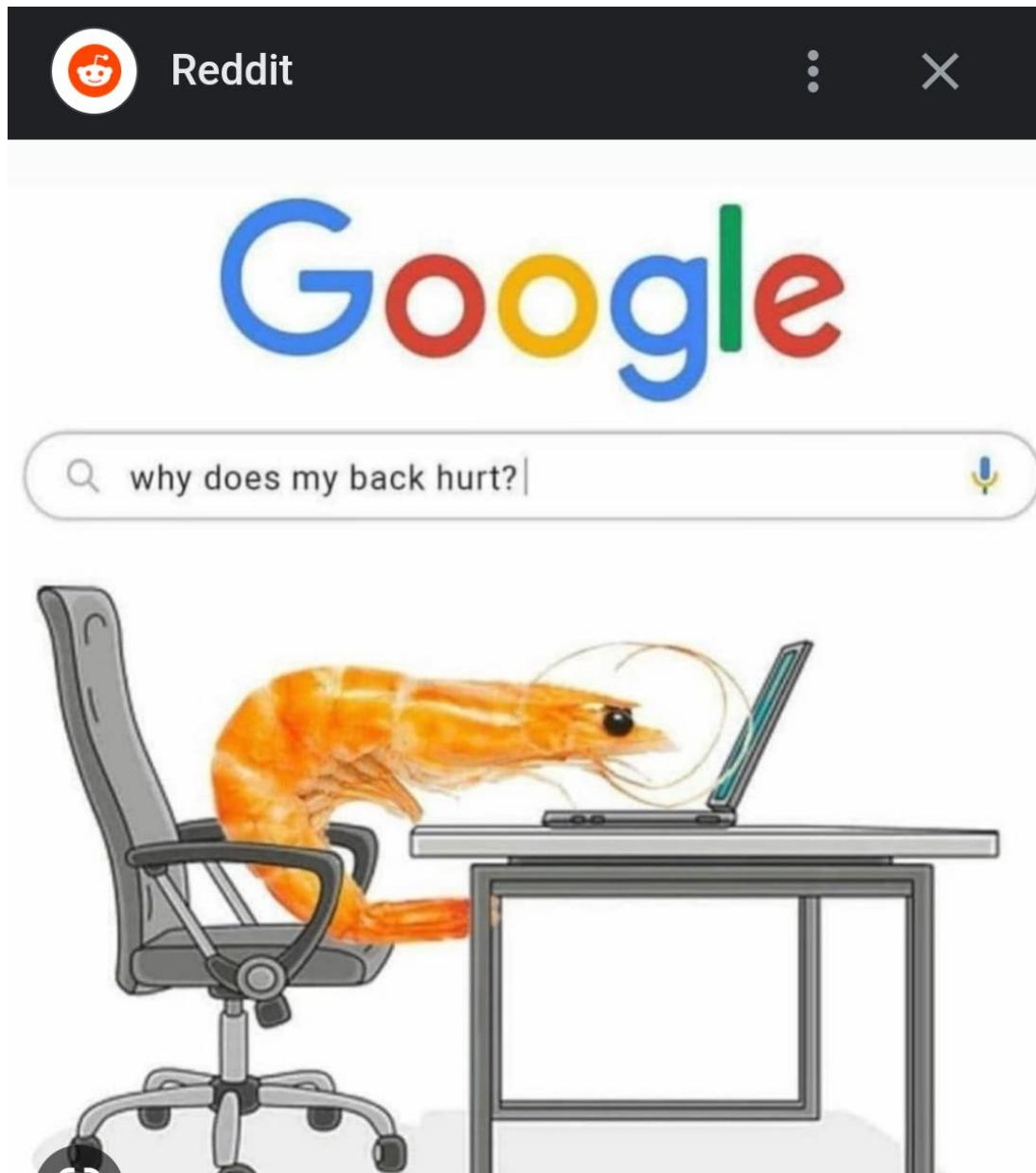
Constat de prévalence de la douleur chronique rachidienne non spécifique

Constat des déterminants psychosociaux de l'invalidité (contexte, cognition, émotions)

Concept de *low-value care*

Concept d'invalidité iatrogénique

Pertinence grandissante dans contexte de ressources limitées



Questions?