

## Les douleurs radiculaires



Rédigé par l'équipe algologique  
du CHA-Vivalia

La radiculalgie est une manifestation douloureuse irradiant dans le membre inférieur, provoquée par la compression d'une racine nerveuse.

### Les douleurs radiculaires les plus fréquentes sont :

→ la douleur sciatique, située au niveau des territoires L5-S1, irradiant de la fesse jusqu'à la jambe/pied.

→ la cruralgie, située au niveau des territoires L3-L4, irradiant de la partie antérolatérale de la cuisse, de l'aîne jusqu'au genou (parfois face antérieure de la jambe).

Les causes les plus fréquentes de la radiculalgie sont la hernie discale et le canal lombaire étroit.

Dans la prise en charge, la première chose à faire est d'exclure une pathologie sous-jacente grave (Red-flags), telle qu'une maladie inflammatoire, une infection, une tumeur, une fracture, ...

Des troubles neurologiques tels qu'une paralysie des membres, hypoesthésie/anesthésie périnéale, incontinence fécale ou urinaire, syndrome de la queue de cheval, ... représentent une urgence médicale immédiate.

Les déficits neurologiques associés à la compression d'une racine nerveuse se mesurent grâce à l'échelle de force musculaire MRC. Un score 3 implique une prise en charge par un chirurgien du rachis. Tout au long du suivi, il faudra rester attentif à cette force musculaire qui pourrait évoluer.

### Le score d'évaluation de la force musculaire du Medical Research Council (MRC) va de 5 (normal) à 0 (aucune contraction)

→ **5** : Force musculaire normale

→ **4** : Contraction permettant le mouvement contre la résistance

→ **3** : Contraction permettant le mouvement contre la pesanteur

→ **2** : Contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur

→ **1** : Contraction visible n'entraînant aucun mouvement

→ **0** : Aucune contraction

A l'heure actuelle, on aborde le travail thérapeutique avec des stratégies différentes selon la durée des douleurs (aiguë, subaiguë, chronique).

Le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a travaillé dans ce sens, sur la création d'un guideline utile et pratique destiné tant aux soignants qu'aux patients.

<http://lombalgie.kce.be/>

## Voici les lignes principales de la trajectoire de soins :

### 1 Phase aiguë

Durant les 6 premières semaines, la prise en charge relève principalement du médecin traitant (en l'absence de Red-flags et MRC 3).

A ce stade, le patient est encouragé à poursuivre ses activités quotidiennes et à maintenir son activité professionnelle dans les limites du possible.

Accorder du temps afin de dédramatiser et rassurer, surtout les patients anxieux ou dépressifs (yellow flags). Certains craignent que la douleur ne s'installe et d'autres sont convaincus d'avoir une atteinte grave.

A ce stade, en absence de drapeaux rouges, il reste précoce d'envisager des examens (radio, IRM, scanner) car ceux-ci n'ont pas d'influence sur le choix du traitement ni l'évolution du patient.

#### Informez le patient des signes d'alarme qui doivent le pousser à consulter d'urgence :

- > Perte de force/sensibilité dans un ou les deux membres inférieurs (au niveau du pied, du genou ou de la hanche)
- > Engourdissement dans la région du périnée
- > Problèmes de sphincter urinaire/ fécal
- > Dysfonction sexuelle

En ce qui concerne la prescription pharmacologique, on envisage en premier lieu les anti-inflammatoires (en absence de contre-indications) avec ou sans paracétamol (Max 3g/j).

Les analgésiques morphiniques légers (tramadol) sont uniquement réservés aux radiculalgies aiguës et prescrits sur le court terme. On évitera la prescription de morphiniques et de myorelaxants.

Dès la 2ème semaine, s'il y a un risque de chronicité (=Yellow-flags), on peut diriger le patient vers un kiné, voire un psychologue. Le médecin traitant continuera à suivre l'évolution par des consultations régulières avec le patient.

Les infiltrations épidurales/foraminales peuvent être envisagées comme traitement dès la deuxième semaine (après imagerie médicale).

### 2 Phase subaiguë

Les conseils et la prise en charge de la phase aiguë restent d'application.

Observer l'absence de Red-flags et réévaluer la force musculaire (MRC).

Détecter la présence de symptômes neuropathiques et les traiter par des antidépresseurs et des antiépileptiques (prégabaline, duloxétine).

Les prescriptions d'antalgiques ainsi que les infiltrations sont toujours indiquées.

Evaluer les facteurs de risques du passage à la chronicité. En cas de risque de chronicité moyen ou élevé, un rendez-vous chez un spécialiste est conseillé (médecine physique).

Une mise au point par examens complémentaires (scanner, ...) est nécessaire.

**Si bonne amélioration de la douleur** → le suivi sera assuré par le médecin traitant

**Si peu ou pas d'amélioration** → consultation chez un spécialiste (chirurgien, médecine physique, ...).

### 3 Phase chronique

Observer l'absence de Red-flags et réévaluer la force musculaire (MRC).

Au-delà de 12 semaines, la prise en charge de la douleur requiert l'intervention de la 2ème ligne (médecine physique, chirurgien, Spine Unit, ...).

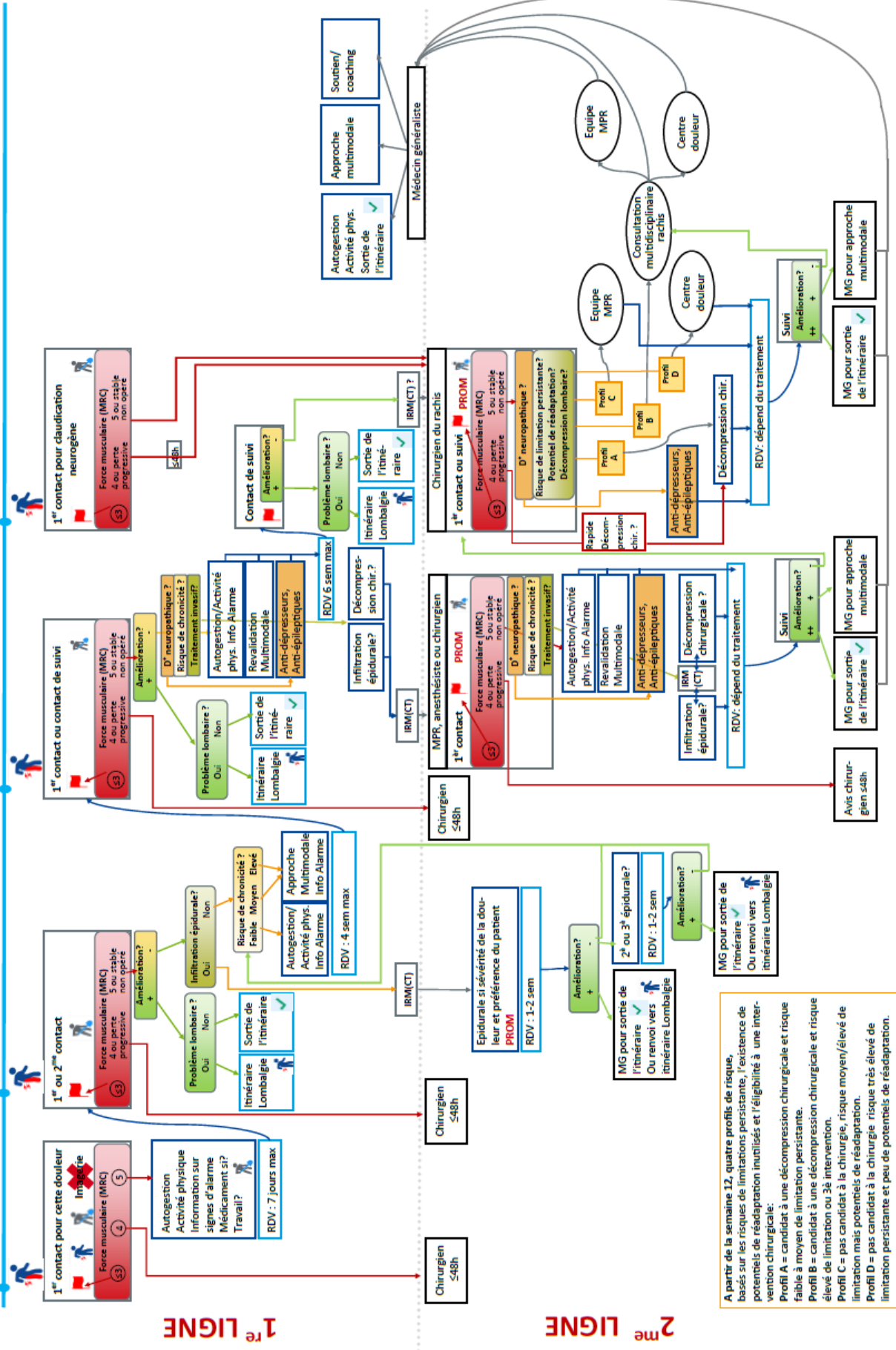
# DOULEUR RADICULAIRE

Semaine 12 et suivantes (phase chronique)

Semaines 6 à 11

Semaines 2 à 5

Semaine 1



1<sup>re</sup> LIGNE

2<sup>me</sup> LIGNE

A partir de la semaine 12, quatre profils de risque, basés sur les risques de limitations persistante, l'existence de potentiels de réadaptation inutilisés et l'éligibilité à une intervention chirurgicale:

- Profil A = candidat à une décompression chirurgicale et risque faible à moyen de limitation persistante.
- Profil B = candidat à une décompression chirurgicale et risque élevé de limitation ou 3e intervention.
- Profil C = pas candidat à la chirurgie, risque moyen/élevé de limitation mais potentiels de réadaptation.
- Profil D = pas candidat à la chirurgie, risque très élevé de limitation persistante et peu de potentiels de réadaptation.