

## Cas clinique 2

Monsieur B., 44 ans, professeur de mathématiques, sans antécédent, vient vous consulter pour une lombalgie irradiant dans le membre inférieur gauche.

La douleur lombaire est apparue il y a deux jours après un effort de soulèvement. Il s'agit d'une douleur lombaire basse, relativement supportable, irradiant à la face postérieure de la cuisse et du mollet gauche, et à la plante du pied. La douleur est aggravée par les efforts, soulagée par le repos, impulsive à la toux.

L'examen clinique montre un signe de Lasègue à gauche à 55°, une colonne lombaire enraidie et douloureuse à la palpation. Il n'y a pas d'anomalie à l'examen neurologique, pas de fièvre, pas d'altération de l'état général.

### Questions

- A** Quel diagnostic proposez-vous ? Prescrivez-vous un bilan complémentaire ? Si oui, lequel (justifiez) ?
- B** Quel traitement proposez-vous ?
- C** Quelques jours plus tard, le patient revient consulter. Les douleurs vont un peu mieux, sans plus. Par ailleurs, sont apparues des épigastalgies, et il a noté depuis 48 heures des selles noires. Que suspectez-vous et que faites-vous ?
- D** Le problème digestif finit par se résoudre. En revanche, la douleur lombaire et du membre inférieur gauche persiste. Le patient est revu 9 semaines après la première consultation. Il est toujours gêné. La douleur ne s'est pas modifiée vers l'amélioration ou l'aggravation. Ses caractéristiques sont inchangées. L'examen clinique est comparable au premier. Il a bénéficié entre temps de clichés radiologiques. Décrivez la (les) anomalie(s).

**Insérer figure « pratique2 » anciennement photo 53 page 595 de l'ancienne édition**

- E** Un scanner lombaire est-il justifié ? Argumentez.
- F** Le scanner a été réalisé (avec ou sans votre assentiment). Existe-il une ou des anomalie(s), sur la coupe réalisée sur le disque L5-S1, et si oui la(les)quelle(s) ? Commentez en fonction du tableau clinique.

**Insérer figure « pratique3 » (sortie papier dans le dossier icono)**

- G** Après 3 mois d'évolution sans amélioration malgré un traitement médical bien conduit, le patient bénéficie d'une discectomie L5-S1 chirurgicale. Il est dans un premier temps amélioré, avec notamment régression de la radiculalgie. Cependant, deux semaines après la chirurgie, il présente une réaggravation de ses lombalgies. Ces dernières sont permanentes, insomniantes, non irradiées. Il existe une fièvre à 38-38,5 °C. La vitesse de sédimentation est de 45 mm à la première heure, et la protéine C-réactive à 120 mg/l. Une **IRM** est réalisée. Décrivez la (les) anomalie(s) éventuelle(s).

**Insérer figure « pratique4 » (sortie papier dans le dossier icono)**

- H** Quel est votre diagnostic ? Quelle est votre conduite à tenir paraclinique et thérapeutique ?

## Réponses

### Cas clinique 2

- A** Sciatique (= radiculalgie sciatique = lombosciatique). S1 gauche, probablement par hernie discale (3 points).  
Aucun bilan car il n'y a aucun élément pouvant orienter vers une sciatique symptomatique, ou vers une sciatique compliquée (hyperalgique, paralysante, avec syndrome de la queue de cheval). En particulier, les radiographies simples de la colonne lombaire ne sont justifiées que si la douleur s'aggrave ou persiste au-delà d'un délai de 2 semaines (2 points).
- B** Antalgiques, anti-inflammatoire non stéroïdien.  
Information au patient quant aux effets secondaires potentiels du traitement, et notamment en ce qui concerne la toxicité digestive des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Paracétamol 500 mg : 2 gélules 3 ou 4 fois par jour pendant 7 jours.  
Bi-Profénid : 1 comprimé matin et soir, au milieu du repas, pendant 7 jours. (NB : référence ANAES : « Dans les lombalgies et lombosciatiques aiguës, et les rhumatismes abarticulaires en poussée, une réévaluation clinique est nécessaire avant de prolonger éventuellement le traitement AINS au delà d'une dizaine de jours. »)  
Pas de protecteur gastrique car il ne s'agit pas d'un patient à risque : moins de 65 ans, pas d'antécédent d'ulcère gastro-duodénal (NB : il s'agit d'une référence ANAES).  
Repos, arrêt de travail de 10 jours au minimum (5 points)..
- C** Hémorragie digestive sur ulcère digestif compliquant le traitement anti-inflammatoire non stéroïdien. Arrêt de l'anti-inflammatoire non stéroïdien. Hospitalisation en urgence en milieu spécialisé. Fibroscopie gastrique en urgence. NFS et plaquettes en urgence (Coxibs : 0 à la question) (2 points).
- D** Il s'agit d'un rachis lombaire bas vu de profil. Pas d'éléments en faveur d'une sciatique symptomatique. Raideur lombaire. Discopathie L5-S1. Probable arthrose postérieure lombaire (2 points).
- E** Oui, car la sciatique évolue depuis 9 semaines sans amélioration, et car un traitement chirurgical peut être discuté, et qu'il est donc nécessaire de s'assurer qu'il existe une pathologie locale concordante avec la symptomatologie (2 points).
- F** Il existe une hernie discale, latéro-médiane, L5-S1 gauche, susceptible de comprimer la racine S1 gauche, concordante avec la radiculalgie S1 gauche (2 points).
- G** Hyposignal de l'hémicorps supérieur de S1, de l'hémicorps inférieur de L5, et du disque L5-S1, s'étendant à la région pré-vertébrale.  
Après injection, réhaussement de l'hémicorps supérieur de S1 et de l'hémicorps inférieur de L5. Prise de contraste discale modérée. Prise de contraste hétérogène de la région prévertébrale, évoquant une formation abcédée. Pincement du disque L5-S1.  
En séquence T2, hypersignal du coin inféro-antérieur du corps de L5. Pincement du disque L5-S1 et hypersignal du disque L5-S1.  
Hyposignal du disque L3-L4 correspondant à une discopathie dégénérative (2 points).
- H** Spondylodiscite infectieuse. Post-chirurgicale. L5-S1 (1 point).  
Hémocultures (1 point).  
Ponction discale pour analyse bactériologique si hémocultures négatives (1 point).  
Échographie transœsophagienne (1 point).  
Repos strict au lit. Prévention thromboembolique par héparine de bas poids moléculaire.  
Antibiothérapie IV, double, après les prélèvements, adaptée à l'antibiogramme (1 point).