

Item 279 - Radiculalgies et syndromes canaux

I. SYNDROMES CANALAIRES	III. ATTEINTES PLEXUELLES
II. RADICULOPATHIES	

I. SYNDROMES CANALAIRES

Ils sont liés à des compressions des nerfs périphériques dans des zones anatomiques particulières qui, propres à chaque tronc nerveux, correspondent à un lieu de passage étroit pour le cheminement du nerf. Dans certaines circonstances, ce canal physiologiquement étroit se fait plus exigü encore et comprime les fibres nerveuses. On rattache aussi les compressions dites posturales survenant dans des zones anatomiques localisées où le nerf est superficiel et donc vulnérable si une compression externe vient à s'exercer.

La symptomatologie est importante à connaître pour établir le diagnostic différentiel avec les radiculalgies.

A. Mécanisme

La lésion histologique primitive est une démyélinisation segmentaire directement liée au facteur mécanique, d'oü un blocage de la propagation de l'influx (bloc de conduction). Lorsque la compression est sévère, les anomalies myéliniques se compliquent de lésions de dégénérescence axonale. Ces éléments sont décelables à l'examen EMG qui apportera, outre les éléments du diagnostic, les éléments du pronostic : les lésions axonales ne se réparent qu'au prix d'une repousse qui peut ne pas se faire ou de manière imparfaite.

Schématiquement, l'atteinte démyélinisante se traduit par un ralentissement ou un blocage de la conduction nerveuse et la dégénérescence axonale par une diminution de la réponse motrice ou sensitive en aval du site lésionnel avec des signes de dénervation des fibres musculaires. De plus, les fibres peuvent être plus sensibles dans certaines conditions comme le diabète ou une sensibilité familiale des nerfs à la pression, affection transmise sur le mode autosomique dominant par délétion d'un gène localisé sur le chromosome 17 qui code la synthèse d'une protéine myélinique P 22.

B. Clinique

L'atteinte d'un nerf mixte peut être purement sensitive ou à prédominance sensitive (paresthésies). Une atteinte purement motrice doit conduire à remettre le diagnostic en cause. L'examen objective le territoire anatomique du déficit moteur et sensitif. Une atrophie traduit l'existence d'une atteinte axonale déjà évoluée. Parfois la stimulation percutanée du tronc nerveux induit une sensation dysesthésique anormale : signe de Tinel.

C. Électromyogramme

Il joue ici un rôle fondamental au double plan diagnostique et pronostique.

L'électromyogramme proprement dit permet de déceler des signes de dénervation dans les muscles atteints et de préciser exactement la topographie de l'atteinte motrice (activités spontanées de dénervation en faveur d'une dégénérescence axonale) et de suivre la récupération avec une plus grande sensibilité que la clinique.

L'étude des vitesses de conduction nerveuses va s'attacher à mettre en évidence sur chaque contingent de fibres, motrices ou sensibles, un *ralentissement localisé* ou un *blocage de la propagation de l'influx nerveux*. Cette atteinte localisée définit le site de la compression.

Une exploration élargie permet quelquefois de déceler des atteintes infracliniques dans d'autres sites canaux ou de mettre en évidence une neuropathie diffuse.

Les examens d'imagerie sont le plus souvent inutiles.

D. Grands syndromes

1. *Nerf médian au canal carpien (le plus fréquent)*

Il existe des paresthésies ou un engourdissement nocturne, systématisés le plus souvent aux trois premiers doigts et affectant préférentiellement le côté dominant, souvent bilatéral chez les travailleurs manuels.

Associés à une hypoesthésie de la face palmaire des trois premiers doigts et parfois d'un déficit des muscles de la partie externe de l'éminence thénar (court abducteur du pouce). Tardivement s'installe une amyotrophie thénarienne.

Signes de Tinel (dysesthésies dans les doigts lors de la percussion du canal carpien) et de Phalen (reproduction de l'engourdissement et des paresthésies lors de la flexion forcée du poignet)

Traitement

en dehors de causes rares (amylose, hypothyroïdie et grossesse) il repose sur l'infiltration de corticoïdes en suspension dans le canal carpien, quasi-test diagnostique dans les cas douteux.

En cas d'échec ou de nécessité de répéter les infiltrations, chirurgie (section du ligament transverse du carpe) après électromyogramme qui confirme le diagnostic en objectivant un ralentissement de la conduction du nerf médian au niveau du canal.

2. *Nerf ulnaire (cubital) au coude*

Le nerf est vulnérable dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne, notamment lors de l'appui prolongé ou par un cal osseux ancien consécutif à une fracture du coude :

- paresthésies des 4^e et 5^e doigts, hypoesthésie du territoire du nerf à la main ;
- déficit moteur des muscles intrinsèques de la main et respect du muscle cubital antérieur (flexion cubitale du poignet) : amyotrophie des espaces interosseux (surtout le premier espace).

Traitement chirurgical (transposition du nerf cubital de la gouttière épitrochléo-olécrânienne à la partie antéro-interne de l'avant-bras) après électromyogramme qui montre un ralentissement de la conduction motrice au niveau du coude et une diminution de l'amplitude du potentiel sensitif en aval (main).

3. *Nerf radial dans la gouttière humérale*

Cette atteinte fréquente s'observe dans les fractures de l'humérus et lors de la compression externe prolongée du nerf (paralysie posturale : bras coincé sous une tête ou le corps en décubitus latéral) :

- déficit moteur de l'ensemble du territoire sous-jacent (long supinateur et extenseurs des doigts et du poignet) ;
- respect du muscle triceps et du réflexe tricipital ;
- le plus souvent la sensibilité (1^{er} espace interosseux dorsal) est respectée.

Le traitement est le plus souvent conservateur lors de la compression externe prolongée, mais la chirurgie peut être nécessaire en cas de fracture humérale.

4. *Nerf fémorocutané ou méralgie paresthésique*

Il s'agit d'une atteinte purement sensitive puisque ce nerf ne comprend pas de contingent moteur : dysesthésies, paresthésies en raquette de la partie antéro-externe de cuisse. Le site lésionnel est le lieu de passage du nerf sous le ligament inguinal au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'atteinte est favorisée par le port d'une ceinture serrée, l'obésité.

Le traitement est souvent conservateur (infiltration cortisonique au point douloureux de compression), plus rarement chirurgical.

5. *Nerf sciatique poplité (nerf fibulaire) au col de la fibule*

Ce nerf est exposé en cas de compression externe : il s'agit d'une paralysie posturale (appui prolongé sur la région de la tête de la fibule ou travail en position agenouillée) :

- déficit des muscles de loge antéro-externe de jambe (péroniers, jambier antérieur, extenseurs des orteils et pédieux) ; l'ensemble réalise un steppage ;
- déficit sensitif discret intéressant une zone cutanée du dos du pied.

Traitement

abstention en cas d'atteinte posturale aiguë. Chirurgie en cas de formes progressives ou si une cause locale de compression a été trouvée (kyste synovial articulaire du creux poplité).

II. _RADICULOPATHIES

A. _Complications neurologiques de la pathologie rachidienne lombaire

Elles sont dues à des lésions dégénératives osseuses acquises (arthrosiques) responsable d'une sténose progressive du canal vertébral ou discales (conflit discoradiculaire) le plus souvent. Plus rarement il peut s'agir d'une cause tumorale (osseuse ou intrarachidienne, mais aussi extra rachidienne), infectieuses (spondylodiscites).

1. _Symptômes cliniques

La symptomatologie comporte :

- des *douleurs rachidiennes lombaires* pouvant être aiguës (lumbago responsable d'une contracture réflexe) volontiers à l'issue d'un effort de soulèvement ou chroniques évoluant de façon insidieuse ;
- une *radiculalgie*, le plus souvent unilatérale, partant de la région lombaire basse et adoptant un trajet précis correspondant à la racine concerné. Ce trajet peut toutefois être tronqué ce qui rend le diagnostic difficile :
- radiculalgie S1 : face postérieure de la fesse, de la cuisse, du mollet jusqu'au talon, la plante du pied et le 5^e orteil ;
 - radiculalgie L5 : partie postéro-externe de cuisse, face externe de jambe jusqu'au dos du pied et aux premiers orteils ; quelque fois trajet inguinal associé ;
 - radiculalgie L4 : face antéro-externe de cuisse, bord antérieur de la jambe, malléole interne, rarement gros orteil ;
 - radiculalgie L3 : partie postéro-interne puis antéro-interne de la cuisse, sans dépasser le genou.
- la douleur est typiquement mécanique, accentuée par les efforts, la station debout, calmée par le décubitus ; elle peut être impulsive à la toux ou aux efforts de défécation ;
- une *claudication* sous la forme de paresthésies et de douleurs mono- ou pluriradiculaires des membres inférieurs apparaissant lors de la marche, le plus souvent calmées par le repos dans un contexte de lombalgies chroniques. Ces troubles peuvent réduire progressivement le périmètre de marche, le patient pouvant reprendre ses activités locomotrices après un certain temps de repos en position assise ou accroupie. Ces éléments évoquent une souffrance radiculaire par du canal lombaire étroit.

2. _Examen clinique

Il comporte un examen du rachis lombaire et un examen neurologique.

a. _ Signes rachidiens

Ils sont soit spontanés (effacement de la lordose lombaire, inflexion latérale du côté opposé à la douleur), soit limitation des mouvements (flexion antérieure du tronc : mesure de la distance doigts-sol ou de l'indice de Schober, inflexions latérales).

b. _ Signes radiculaires

L'examen recherche le signe de Lasègue (en décubitus dorsal, l'élévation du membre inférieur va reproduire la douleur radiculaire L4, L5 ou S1 à partir d'un certain angle par rapport au plan du lit) ou un signe de Léri (en décubitus ventral, l'hyperextension de la cuisse sur le bassin, membre inférieur en extension, peut reproduire une douleur L3 ou L4). Il recherche aussi l'existence de signes moteurs déficitaires (cotés à 3-4 au testing), de troubles de la sensibilité, et d'anomalie des réflexes ostéotendineux, (notamment abolition du réflexe achilléen signant l'atteinte radiculaire S1, ou abolition du réflexe rotulien lors des atteintes L3 ou L4, signes localisateurs qui n'ont pas une réelle valeur de gravité). Une radiculopathie (sciatique ou crurale) peut devenir *paralysante*. La douleur disparaît alors complètement, en même temps que s'installe un déficit monoradiculaire sévère (coté à moins de 3 au testing), l'indication opératoire doit alors être portée *en urgence* pour avoir quelque chance de récupération.

c._ Atteinte de la queue de cheval

L'interrogatoire recherchera des troubles urinaires (perte ou rétention d'urines), anaux (constipation, perte des selles) et sexuels (troubles de l'érection) et l'examen une insensibilité périnéale. Ces éléments imposent une imagerie en urgence (IRM ou scanner) et la décision opératoire doit également être prise au plus vite, voire *en urgence* si les signes se sont installés sur un mode aigu (comme pour la sciatique paralysante).

3._ Examens complémentaires

L'extrême fréquence de la lombalgie et de la sciatique n'impose pas de bilan d'imagerie en urgence. Ce n'est que devant une aggravation des signes cliniques ou leur persistance qu'un bilan complémentaire peut être demandé.

Ainsi, dans un premier temps, des *radiographies du rachis lombaire* seront pratiquées à la recherche d'anomalie de densité osseuse (diagnostic différentiel) ou de lésions discarthrosiques, d'un tassement discal, d'un rétrécissement du canal rachidien (pédicules courts), d'un éventuel spondylolisthésis avec lyse isthmique.

La persistance des symptômes, malgré un traitement médical bien conduit au-delà de six semaines et/ou d'un déficit neurologique franc, peut faire réaliser un *scanner lombaire*, sans injection de produit de contraste, à la recherche d'une hernie discale postérolatérale, responsable d'un conflit avec la racine passant en regard du disque (par exemple L5 en regard du disque L4-L5), ou d'une hernie foraminale qui comprime la racine susjacente (L4 pour le disque L4-L5). Les fenêtres osseuses montrent l'arthrose des apophyses articulaires postérieures et le retentissement sur la partie latérale du canal rachidien (canal déformé en feuille de trèfle)

Une *imagerie par résonance magnétique*, dans certains cas, pour visualiser l'ensemble de la queue de cheval, les lésions intradurales (tumeurs radiculaires = neurinomes ou du filum = épendymomes) et les lésions épidurales (métastases ostéoépidurales).

Une *radiculographie après injection de produit hydrosoluble* par ponction lombaire est quelquefois nécessaire pour affirmer le conflit discoradiculaire, car elle permet de mettre le patient en charge (assis ou debout). Elle est envisagée en cas de discordance clinicodensitométrique et dans les sténoses canalaires pour préciser le geste chirurgical. Elle peut être complétée d'un myéloscanner permettant une meilleure visualisation du fourreau dural.

4._ Traitement

Le traitement médical doit être débuté dès le début des symptômes sur les seuls éléments cliniques. L'indication d'un repos doit être minimalisée. Les myorelaxants, antalgiques et anti-inflammatoires sont préconisés.

Le traitement sera poursuivi pendant deux à quatre semaines, puis sera envisagé une reprise progressive d'activités sous couvert éventuel d'une kinésithérapie appropriée.

En cas d'échec, une prise en charge rhumatologique en milieu hospitalier avec réalisation d'infiltrations, de tractions, voire la confection d'un corset rigide, peut encore améliorer certains patients.

L'échec après la sixième semaine conduit à discuter une indication opératoire après réalisation de l'examen scannographique : exérèse de la hernie et curetage discal sous anesthésie générale, laminectomie étendue en cas de sténose canalaire, décompression foraminale, stabilisation par arthrodèse et ostéosynthèse en cas de spondylolisthésis. Rappelons que l'indication opératoire est urgente en cas de sciatique paralysante.

B._ Complications neurologiques de la pathologie rachidienne cervicale

Les manifestations sont consécutives à une hernie discale, apparue le plus souvent sans cause déclenchante ou aux lésions uncodiscarthrosiques des vertèbres cervicales rétrécissant le foramen vertébral.

1._ Signes cliniques

L'expression clinique peut être liée :

- à l'*atteinte radiculaire (névralgie cervicobrachiale)* ; la cervicalgie intéresse toute la nuque, la douleur intéressant l'épaule puis le membre supérieur suivant une topographie qui n'est pas toujours aussi précise :
- douleur C5 : face externe du moignon de l'épaule et du bras ;
 - douleur C6 : antérieure à l'épaule, au bras, au coude, à l'avant-bras pour se terminer dans les deux premiers doigts de la main (pouce) ;
 - douleur C7 : postérieure au bras, au coude, à l'avant-bras et à la main et irradie dans les trois doigts moyens (index-médium) ;
 - douleur C8 : bord interne du membre supérieur, se terminant dans les deux derniers doigts ;
 - douleur T1 : face interne du bras ;

- la douleur peut être exacerbée par les mouvements du rachis, les efforts de toux et parfois par le décubitus ; l'examen clinique peut retrouver une limitation douloureuse des mouvements du rachis cervical, une contracture des muscles cervicaux ; la mobilisation peut réveiller la douleur radiculaire ; l'examen clinique recherche un déficit moteur, sensitif, une modification (diminution ou abolition) d'un réflexe ostéotendineux ;
- à la *myélopathie cervicale*.

Il convient de dépister une souffrance médullaire éventuellement associée : atteinte pyramidale volontiers spastique, prédominant sur les troubles sensitifs et sphinctériens.

2. _Examens complémentaires

Les *radiographies du rachis cervical*, objectivent l'uncodiscarthrose, notamment au niveau des trous de conjugaison sur les clichés de 3/4. Cette arthrose cervicale est cependant très fréquente, ce qui nécessite des examens plus performants avant d'évoquer sa responsabilité.

Le *scanner* avec injection IV de contraste visualise la hernie discale paramédiane ou postéro-latérale et foraminale, voire un conflit discarthrosique, c'est-à-dire protrusion foraminale du disque cervical dans un canal déjà rétréci par un remaniement de l'articulation uncalle due à l'arthrose.

L'*imagerie par résonance magnétique* objective l'ensemble du rachis cervical et définit le diamètre sagittal du canal rachidien. Elle apprécie l'effacement des espaces sous-arachnoïdiens et d'éventuelles anomalies du signal intramédullaire sur les séquences pondérées en T2 témoignant d'une souffrance médullaire.

La *myélographie* couplée au scanner précise parfois plus finement le conflit discoradiculaire.

3. _Traitement

Le traitement médical (repos ; anti-inflammatoires ; antalgiques ; voire corticothérapie : Cortancyl[®] 1 mg/kg durant 10 à 15 jours ; collier cervical) est toujours préconisé en première intention. La plupart des névralgies cervicobrachiales peuvent guérir en 4 à 6 semaines.

Le traitement chirurgical, d'indication rare, consiste en l'exérèse de hernie discale (hernie molle généralement post-traumatique) ou, plus rarement, en une décompression de la racine dans le foramen rétréci par un ostéophyte de l'uncus (voie antérieure, un ou plusieurs niveaux selon les données de la clinique et de l'imagerie). Ce traitement est quelquefois indiqué en urgence en cas d'atteinte déficitaire sévère.

En cas d'atteinte médullaire, la chirurgie permet le plus souvent une stabilisation des troubles neurologiques anciens, mais des récupérations peuvent être espérées en cas de déficit récent et progressif si l'intervention est rapidement réalisée.

A. _Méningoradiculites après morsure de tiques

Borrelia burgdorferi, spirochète vecteur de la maladie de Lyme et transmis par une tique, peut être responsable de manifestations dermatologiques, *Erythema chronicum migrans*, à la phase initiale de l'infection. L'absence de traitement par bêta-lactamines ou cyclines peut être suivie de lésions viscérales polymorphes quelques mois après l'infestation initiale ; bloc auriculoventriculaire, arthrite, récurrence d'ECM.

Environ 10 à 20 % des patients développeront une atteinte neurologique de type méningoradiculaire. Il s'agit de douleurs radiculaires très intenses, diurnes et nocturnes, volontiers pluriradiculaires et asymétriques, associées à un déficit sensitivomoteur dans les territoires atteints. Dans près de 50 % des cas une diplopie faciale est notée. Le syndrome méningé est souvent au second plan et se traduit avant tout par des céphalées.

Le LCR montre une lymphocytorachie, une hyperprotéinorachie et une glycorachie normale. L'isoélectrofocalisation des protéines de LCR montre une répartition oligoclonale des protéines. L'électromyogramme montre des tracés neurogènes dans les muscles innervés par les racines intéressées, alors que les vitesses de conduction sont normales.

Le diagnostic est apporté par la sérologie, après avoir écarté une sérologie croisée avec le tréponème. Sans attendre le résultat de cette enquête, l'antibiothérapie parentérale par ceftriaxone (Rocéphine[®] : 2 g/j pendant 15 jours consécutifs) permet une régression rapide des manifestations, principalement des douleurs.

III. _ATTEINTES PLEXUELLES (PLEXOPATHIES)

Les atteintes du plexus brachial sont les plus fréquentes.

A. _ Syndrome de Parsonage-Turner

Appelé aussi amyotrophie névralgique, il apparaît parfois dans les suites ou au décours d'un traumatisme, d'une intervention chirurgicale, d'une grossesse, d'une vaccination, d'une maladie de système, ce qui fait évoquer une hypothèse auto-immune.

Les symptômes cliniques sont dominés par une douleur de l'épaule, permanente et insomnante, à type de brûlures, voire de sensation d'arrachement, augmentée par la mobilisation de l'articulation et rebelle aux antalgiques. Elle précède de quelques jours une paralysie qui devient rapidement amyotrophique. Ce déficit est en général contemporain d'une régression des douleurs. Il concerne surtout le plexus brachial supérieur (deltoïde, grand dentelé, sus- et sous-épineux). Il n'y a pas habituellement de fasciculations, les réflexes sont normaux, parfois diminués ou abolis. Les troubles sensitifs sont en général discrets localisés au moignon de l'épaule (circonflexe). Les signes sont généralement unilatéraux, mais une bilatéralisation n'est pas rare.

Les données électrophysiologiques permettent de préciser l'étendue de l'atteinte (tracés neurogènes dans les muscles intéressés) et la normalité des conductions motrices et sensitives des nerfs les plus communément étudiés (radial, cubital et médian). Il est décrit un allongement de certaines latences pour les nerfs proximaux (circonflexe, musculocutané, sus-scapulaire). Le LCR est le plus souvent normal, parfois révèle une discrète hyperprotéinorachie.

L'évolution est généralement favorable, mais doit être évaluée sur une longue période (3 ans). La corticothérapie n'a qu'une action antalgique.

B. _Autres atteintes du plexus brachial

Sont décrites :

- des atteintes compressives telles que le syndrome de Pancoast-Tobias par tumeur de l'apex pulmonaire, responsable d'une atteinte prédominant sur les territoires C8-D1, de douleurs importantes et d'un signe de Claude-Bernard Horner ;
- des plexopathies postradiques (survenant plusieurs années après une irradiation sus-claviculaire ou axillaire dans les cancers ORL, du sein et les lymphomes), d'évolution lentement progressive comportant des douleurs, un déficit sensitif et moteur, une aréflexie ostéotendineuse.

Points clés

- ∞ Neuropathies périphériques : signes cliniques (atteinte motrice, sensitive et végétative), électriques, biologiques et histologiques résultant d'une atteinte du neurone périphérique.
- ∞ Importance de l'EMG : les vitesses de conduction reflètent le processus en cause :
 - neuropathies démyélinisantes : ralentissement des VC motrices et sensitives ;
 - neuropathies axonales : normalité des VC, baisse d'amplitude des réponses motrices et sensitives.
- ∞ Polyneuropathies : tableau symétrique :
 - subaiguë et longueur-dépendante : polyneuropathie toxique (médicaments), métabolique (diabète et alcool) principalement ;
 - aiguë et démyélinisante : polyradiculonévrite (syndrome de Guillain-Barré) ;
 - chronique : neuropathie héréditaire.
- ∞ Mononeuropathies : tableau asymétrique :
 - atteinte unique : tronculaire, radiculaire (hernie discale) ou plexuelle ;
 - atteinte multiple : tronculaire (mononeuropathies multiples-maladies générales et diabète) ;
 - radiculaires (sténose canalaire, méningoradiculite).
- ∞ Polyradiculonévrite aiguë :
 - évolue en trois phases : extension des paralysies (déficit rapidement progressif à prédominance proximal aux membres, diplégie faciale, aréflexie ostéotendineuse), plateau (durée proportionnelle aux séquelles) et récupération (ordre inverse de l'installation) ;
 - atteinte démyélinisante à l'EMG (bloc de conduction) ;
 - LCR: dissociation albuminocytologique ;
 - traitements immunomodulateurs (immunoglobulines polyvalentes, échanges plasmatiques) ;
 - importance de la surveillance : réanimation si troubles de déglutition ou difficultés respiratoires, anticoagulants.

<p>∞ Syndromes canaux : compressions des nerfs périphériques (lieux de passage étroits, compressions dites posturales). Démyélinisation segmentaire (EMG) :</p> <ul style="list-style-type: none">nerf médian au canal carpien (le plus fréquent) : paresthésies ou engourdissement nocturne des trois premiers doigts ; signes de Tinel et de Phalen ; traitement : infiltration de corticoïdes dans le canal carpien, chirurgie si échec ;nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne : paresthésies des 4^e et 5^e doigts, hypoesthésie du territoire du nerf à la main, déficit moteur des muscles intrinsèques de la main ; traitement chirurgical (transposition du nerf) ;nerf radial dans la gouttière humérale (fractures de l'humérus et compression externe du bras) : déficit moteur de l'ensemble du territoire sous-jacent (long supinateur et extenseurs des doigts et du poignet) ; respect du muscle triceps et du réflexe tricipital ; traitement le plus souvent conservateur lors de la compression externe ;
<p>nerf fémorocutané ou meralgie paresthésique : atteinte purement sensitive de la partie antéro-externe de la cuisse favorisée par le port d'une ceinture serrée, l'obésité ; traitement conservateur ;</p> <p>nerf fibulaire au col de la fibule : déficit des muscles de la loge antéro-externe de la jambe (steppage) ; déficit sensitif discret du dos du pied ; traitement conservateur.</p> <p>∞ Radiculopathies lors de la pathologie rachidienne lombaire (lésions dégénératives osseuses acquises par arthrose ou conflit discoradiculaire, rarement cause tumorale ou infectieuse) :</p> <ul style="list-style-type: none">douleurs rachidiennes lombaires, radiculalgie mécanique le plus souvent unilatérale (région lombaire et trajet précis au membre inférieur), voire claudication (douleurs des membres inférieurs apparaissant lors de la marche, lors des souffrances pluriradiculaires par sténose lombaire) ;examen : signes rachidiens (raideur lombaire), radiculaires (Lasègue) et neurologiques (dépistage du syndrome de la queue de cheval : signes sphinctériens) ;pas d'examens complémentaires si la lombosciatique n'est pas compliquée ; sinon la persistance des signes malgré un traitement médical bien conduit au-delà de six semaines et/ou d'un déficit neurologique franc peut faire pratiquer des radiographies lombaires, une tomodensitométrie réalisée sans injection, à la recherche d'une hernie discale et d'un conflit discoradiculaire voire une IRM ou une radiculographie après injection de produit hydrosoluble par ponction lombaire en cas de discordance clinicodensitométrique et dans les sténoses canaux ; traitement médical dès le début des symptômes pendant deux à quatre semaines, si échec prise en charge rhumatologique (infiltrations, tractions) puis éventuel geste chirurgical. <p>∞ Radiculopathies lors de la pathologie rachidienne cervicale (hernie discale ou lésions arthrosiques) :</p> <ul style="list-style-type: none">cervicalgie et irradiation au membre supérieur (topographie pas toujours précise), exacerbée par les mouvements du rachis, les efforts de toux et le décubitus ;examen : limitation douloureuse des mouvements du rachis cervical, une contracture des muscles cervicaux, rechercher un déficit moteur, sensitif, une modification d'un ROT et des signes de souffrance médullaire ;examens complémentaires : radiographies du rachis cervical (discarthrose), tomodensitométrie (débord discal), IRM (diamètre du canal rachidien et souffrance moelle), voire myélographie couplée au scanner (conflit discoradiculaire) ;traitement médical toujours préconisé en première intention, chirurgical si signes neurologiques déficitaires. <p>∞ Méningoradiculites après morsure de tiques :</p> <ul style="list-style-type: none">douleurs radiculaires très intenses, diurnes et nocturnes, volontiers pluriradiculaires et asymétriques, associées à un déficit sensitivomoteur dans les territoires atteints, diplopie faciale et céphalées ;LCR : lymphocytose et hyperprotéinorachie, répartition oligoclonale des protéines ;EMG : tracés neurogènes dans les muscles innervés par les racines intéressées et VCN normales ;diagnostic sérologique ;antibiothérapie parentérale par ceftriaxone (2g/j pendant 15 jours consécutifs). <p>∞ Atteintes du plexus brachial :</p> <ul style="list-style-type: none">syndrome de Parsonage-Turner (amyotrophie névralgique) :douleur de l'épaule, permanente et insomnante, rebelle aux antalgiques puis déficit amyotrophiant, ROT normaux, signes souvent unilatéraux ;LCR normal ;évolution généralement favorable ;atteintes compressives (tumeur de l'apex pulmonaire : atteinte C8-D1, douleurs importantes et signe de Claude-Bernard Horner) ;plexopathies postradiques.