

Troubles cliniques associés au vieillissement de la colonne vertébrale

■ Résumé ■

Malgré la légère augmentation du nombre de cas d'infections, de tumeurs malignes et de maladies généralisées touchant la colonne vertébrale au cours du vieillissement, environ 90 % des douleurs dorsales des personnes âgées sont d'origine mécanique, comme c'est le cas pour les patients plus jeunes. Cet article discute des problèmes les plus courants : claudication neurogène, discopathie dégénérative, spondylolisthésis dégénératif, hernie discale, déformation de la colonne vertébrale et fractures tassement ostéoporotiques. Le traitement est à la fois chirurgical et non chirurgical et les décisions concernant le choix du traitement et le moment opportun pour orienter le patient dépendent de l'âge et de la capacité fonctionnelle du patient, ainsi que du trouble précis dont il est atteint.

Mots clés : *claudication neurogène, discopathie dégénérative, spondylolisthésis dégénératif, hernie discale, déformation de la colonne vertébrale, fractures tassement ostéoporotiques, imagerie*



Consultez la
ressource de FMC :
bit.ly/2vR8Tuz

Il est possible que la
vente de certains pro-
duits qui figurent sur
ce site Web ne soit pas
autorisée au Canada.
Veuillez contacter votre
filiale locale pour obte-
nir plus d'information.

Introduction

Le vieillissement est associé à de nombreux changements anatomiques indésirables de la colonne vertébrale. Les disques dégèrent, les articulations sont touchées par l'arthrose, les ligaments plus épais

et les capsules articulaires perdent de leur souplesse et des ostéophytes se forment sur les corps vertébraux. L'apparition d'une cyphose entraîne la perte de la courbature optimale et équilibrée de la colonne vertébrale, tandis qu'une ostéoporose

À propos des auteurs



*Edward P Abraham, M.D., FRCSC
Professeur agrégé de chirurgie,
département d'orthopédie,
Dalhousie University Medical School,
Saint John Campus, Saint John (N.-B.),
Spine Centre Horizon Health Network.*



*Hamilton Hall, M.D., FRCSC
Professeur, département de chirurgie
université de Toronto;
Directeur général, Canadian Spine
Society, Toronto (Ontario).*

augmente le risque de fractures spontanées. Une détérioration et une prolifération tissulaire entraînent une hernie discale, une sténose du canal rachidien symptomatique ainsi qu'une instabilité rachidienne. En vieillissant, la colonne vertébrale est plus sensible aux traumatismes ainsi qu'aux tumeurs primaires et métastatiques. Le défi du médecin de premier recours consiste à devoir différencier les changements qui sont escomptés, non pertinents et asymptomatiques de ceux qui nécessitent une intervention. La population âgée d'aujourd'hui ne ressemble guère à celle du siècle dernier. De nos jours, les personnes âgées vivent plus longtemps; elles sont actives et engagées au sein de leur collectivité, même octogénaires ou nonagénaires, lorsqu'elles cherchent un soutien médical à leurs problèmes de dos.

Plus de 90 % des douleurs dorsales des personnes âgées sont d'origine mécanique, comme c'est le cas pour les patients plus jeunes¹. Cet article mettra en avant les troubles d'origine mécanique touchant les personnes âgées : claudication neurogène, discopathie dégénérative, spondylolisthésis dégénératif, hernie discale, déformation de la colonne vertébrale et fractures tassement ostéoporotiques.

Claudication neurogène

La claudication neurogène est un syndrome qui se caractérise par une douleur et une faiblesse intermittentes dans la jambe qui se manifestent au cours d'une activité physique, comme la marche, et

qui disparaît au repos en position de flexion. Elle est due à une ischémie des racines nerveuses, qui est souvent la conséquence d'une compression des nerfs due à un rétrécissement du canal lombaire (sténose spinale)². La compression peut également être due à un épaississement du ligament jaune, à une hypertrophie osseuse des facettes articulaires ou à un épaississement des capsules articulaires, à une protrusion de l'anneau fibreux ou à un kyste synovial. Étant donné que les symptômes se manifestent durant l'activité physique et disparaissent habituellement au repos, l'examen physique du patient est souvent normal et reflète la disparité entre les antécédents et l'évaluation clinique. Ces patients obtiennent souvent un profond soulagement des douleurs dans la jambe en adoptant une position de flexion vers l'avant. Les chariots de supermarché permettent aux patients de se pencher en avant et d'augmenter leur distance de marche; pour cette raison, de nombreux patients préféreraient aller au supermarché plutôt que dans un centre commercial : c'est ce qu'on appelle la claudication neurogène ou « syndrome du chariot de supermarché ». Le diagnostic repose sur l'anamnèse du patient : il suffit d'entendre le patient mentionner le fait de se courber sur un chariot de supermarché ou de s'asseoir fréquemment pour soulager ses symptômes dans la jambe.

La claudication vasculaire périphérique, le principal diagnostic différentiel, présente des différences notables. La principale différence est



Point clé

Le diagnostic de claudication neurogène repose sur des antécédents de douleur intermittente dominante dans la jambe se manifestant au cours d'une activité physique (habituellement la marche) et qui est soulagée par la flexion (d'ordinaire, la position assise). L'examen physique du patient, lorsque ce dernier est au repos, est souvent normal.



Point clé

Une douleur dorsale d'origine mécanique associée à une dégénérescence discale n'est que rarement une indication pour une intervention chirurgicale. Elle peut généralement être traitée de façon adéquate par une approche globale incluant une éducation, une modification des activités, un conditionnement physique général et des exercices choisis précisément en fonction des positions et des mouvements qui déclenchent la douleur.

que les patients atteints d'une claudication vasculaire n'ont pas à adopter une position de flexion pour soulager leurs symptômes de claudication. Les pulsations du pied sont parfois absentes ou difficiles à palper; bien entendu, les pulsations pourraient également être réduites au minimum chez les personnes âgées atteintes de claudication neurogène. La claudication neurogène touche souvent les cuisses, tandis que la claudication vasculaire périphérique touche plutôt les mollets. Les patients atteints de claudication neurogène auront souvent tendance à éviter tout mouvement entraînant un creusement ou une extension de la région lombaire, y compris le fait de dormir sur le dos; ils aiment se recroqueviller sur le côté.

Le traitement conservateur consiste notamment à corriger la posture du patient, avec une augmentation des flexions, un renforcement du tronc et une modification des activités. Les médicaments sont d'un intérêt limité. Les analgésiques narcotiques sont contre-indiqués. Étant donné qu'une modification de la posture permet de soulager facilement la douleur à court terme, le risque d'accoutumance aux opioïdes n'est pas justifié.

Quand doit-on orienter le patient vers un chirurgien du rachis? Les patients pourraient avoir besoin d'une intervention chirurgicale pour traiter directement la maladie si leurs symptômes persistent au-delà de six mois et sont handicapants, par exemple lorsque les symptômes empêchent le patient de marcher sur des dis-

tances suffisantes pour lui permettre de mener ses activités quotidiennes habituelles³. L'objectif du traitement chirurgical est la décompression des nerfs de la queue de cheval tout en conservant l'intégrité et la stabilité du rachis. De nombreux patients peuvent être traités uniquement par décompression⁴. Les procédures de fusion et de stabilisation sont réservées aux patients instables avant l'intervention ou pour lesquels la décompression nécessaire a été telle qu'elle a entraîné une vulnérabilité de la colonne vertébrale.

Une intervention chirurgicale est un enjeu de taille pour la personne âgée. Une intervention chirurgicale est plus vouée à l'échec lorsque la sténose touche plusieurs niveaux, notamment lorsqu'il existe

CLAUDICATION NEUROGÈNE

Symptômes

Douleur intermittente dominante dans la jambe (généralement dans les cuisses plutôt que dans les mollets), se manifestant au cours d'une activité physique en extension (habituellement la marche) et qui est soulagée par la flexion (d'ordinaire, la position assise).

Traitement non chirurgical

Modification des activités pour augmenter la flexion; aides ambulatoires; exercices de renforcement du tronc; réduction des distances de marche.

Orientation du patient

Après l'échec du traitement non chirurgical et plusieurs mois de symptômes douloureux handicapants dans la jambe qui limitent fortement l'activité fonctionnelle.

également une déformation notable de la colonne vertébrale. Le rétablissement peut être difficile et long, et le patient pourrait devoir attendre trois ou quatre mois avant de remarquer un bienfait³. Même dans le cas d'un patient atteint de claudication neurogène grave, la décision d'avoir recours à une intervention chirurgicale doit être mûrement réfléchie.

Discopathie dégénérative

Un traitement chirurgical est rarement indiqué pour la discopathie dégénérative de la personne âgée en l'absence d'une atteinte des racines nerveuses ou d'une défaillance manifeste de la structure rachidien-

ne. Les changements observés par imagerie sont généralement en accord avec la déshydratation discale normale due à l'âge. En l'absence d'une douleur radiculaire continue dominante dans la jambe ou de symptômes de claudication, il est peu probable qu'une intervention chirurgicale soit adaptée.

Bien qu'une rupture discale d'origine mécanique puisse s'avérer douloureuse et temporairement handicapante, elle peut souvent être traitée de façon non chirurgicale avec un programme de conditionnement physique⁵, des étirements, une activité physique⁵, une perte de poids⁵, une modification du mode de vie⁵, le port d'un corset pendant une période limitée⁶, un réconfort⁷ et une éducation⁸.

Il est fondamental que cette population de patients conserve l'amplitude de ses mouvements, sa mobilité et sa force, mais ce principe est souvent ignoré⁹. Les physiothérapeutes et les instructeurs de conditionnement physique représentent des aides précieuses.

Quand doit-on orienter le patient vers un chirurgien du rachis? Rarement, voire jamais. La chirurgie du dos, en cas de douleur dorsale, correspond habituellement à une fusion ou à un autre type de procédure de stabilisation; cette chirurgie ne donne pas de résultats prévisibles et elle entraîne souvent d'autres problèmes¹⁰. En l'absence d'une anomalie structurale reconnue, il est difficile de localiser la source des douleurs, et le site et la nature de l'intervention chirurgicale sont donc controversés.



Point clé

Une hernie discale entraînant une sciatique aiguë est rare chez les personnes âgées et le diagnostic doit se poser avec précaution. La douleur véritablement radiculaire est constante et est dominante dans la jambe. Une douleur projetée et intermittente dans la jambe accompagne souvent la douleur dominante dans le dos et ne doit pas être traitée comme une sciatique¹⁴.

DISCOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE

Symptômes

Douleur dominante dans le dos (lombaires, fesses, coccyx, trochanters, aine) sensible au mouvement et à la position. S'intensifie en position assise ou debout et diminue en position allongée. Associée à une raideur dorsale.

Traitement non chirurgical

Éducation⁸; modification du mode de vie⁵; réconfort⁷; mouvements et exercices dans des directions précises⁵; programme général de conditionnement physique; perte de poids⁵; port d'un corset pendant une période limitée⁶.

Orientation du patient

Pas appropriée dans la plupart des cas. L'intervention chirurgicale entraîne des effets limités et bien précis et ne représente pas le traitement adapté pour une douleur dorsale généralisée ni la solution à un handicap.



Point clé

L'opération chirurgicale du rachis est un enjeu de taille pour la personne âgée. La décision d'opérer doit se prendre après une consultation poussée, qui met l'accent sur la convalescence prolongée et qui évalue les avantages potentiels par rapport aux risques inévitables d'une telle opération, notamment un risque pour la vie du patient.

Spondylolisthésis dégénératif

Le spondylolisthésis dégénératif correspond à un glissement vertébral par rapport à la vertèbre sous-jacente, en raison d'une défaillance discale et des facettes articulaires. Ce trouble peut se manifester comme une douleur dominante dans le dos d'origine mécanique ou encore comme une claudication neurogène en cas de forte sténose du canal rachidien. Le traitement varie en fonction du tableau clinique et de la gravité des symptômes. À elles seules, des douleurs dorsales ne sont pas une indication pour une inter-

vention chirurgicale et elles peuvent être prises en charge comme un problème de dégénérescence discale.

Quand doit-on orienter le patient vers un chirurgien du rachis? Si le glissement vertébral entraîne un rétrécissement du canal rachidien au point de produire une ischémie des racines nerveuses et des symptômes de claudication, une décompression et une fusion sont souvent nécessaires¹¹. Le moment de l'intervention chirurgicale dépend de la gravité des symptômes et, plus important encore, du degré de handicap du patient et de l'ancienneté de ce handicap.

SPONDYLOLISTHÉSIS DÉGÉNÉRATIF

Symptômes

Se manifeste comme une douleur dominante dans le dos semblable à celle observée dans le cas d'une discopathie dégénérative.

Progressive vers une claudication neurogène avec déformation croissante du canal rachidien.

Traitement non chirurgical

Douleur dominante dans le dos : traiter comme pour une discopathie dégénérative.

Claudication neurogène : traiter comme pour une claudication due à une sténose du canal rachidien.

Orientation du patient

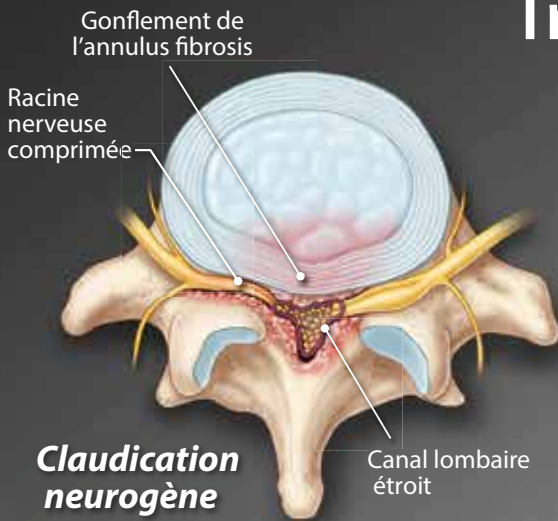
Douleur dominante dans le dos : après échec du traitement non chirurgical et lorsque la douleur dorsale débilite est associée à des preuves radiographiques d'un glissement conséquent. Claudication neurogène : lorsque la douleur intermittente, dominante dans la jambe, survient après une marche sur des distances trop courtes pour permettre les activités fonctionnelles de la vie quotidienne.

Hernie discale

Les hernies discales qui provoquent une douleur radiculaire ou une sciatique sont rares chez les personnes âgées, mais elles peuvent exister. Comme pour les personnes plus jeunes, elles peuvent être prises en charge de façon non chirurgicale avec un taux de réussite élevé^{12,13}.

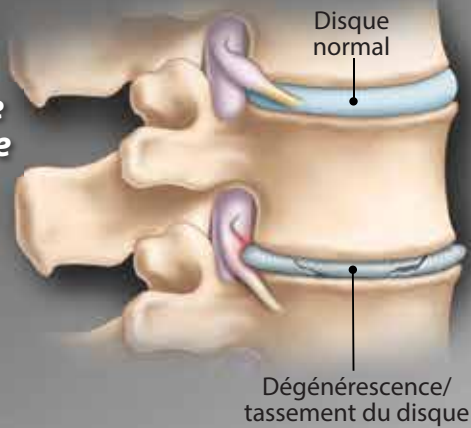
Quand doit-on orienter le patient vers un chirurgien du rachis? Pour la personne âgée, la possibilité d'effectuer une intervention chirurgicale dépend généralement de la durée des symptômes et de l'aptitude du patient à faire face à l'intensité de la douleur. Si la douleur dominante dans la jambe restreint fortement les activités, nous recommandons d'expédier l'intervention chirurgicale. La personne âgée sera davantage et plus rapidement affaiblie si elle présente une atrophie musculaire, une rigidité et toutes les autres conséquences néfastes

Troubles cliniques associés au vieillissement de la colonne vertébrale



Claudication neurogène

Discopathie dégénérative

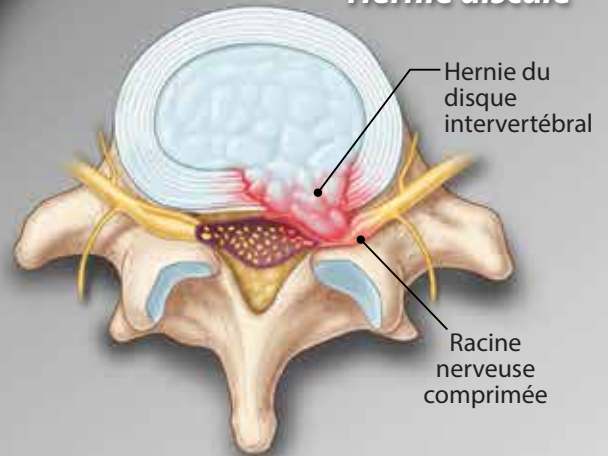


Spondylolisthésis dégénératif

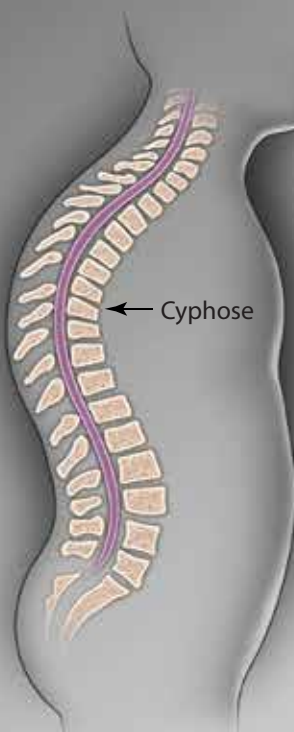
Facette articulaire fragilisée



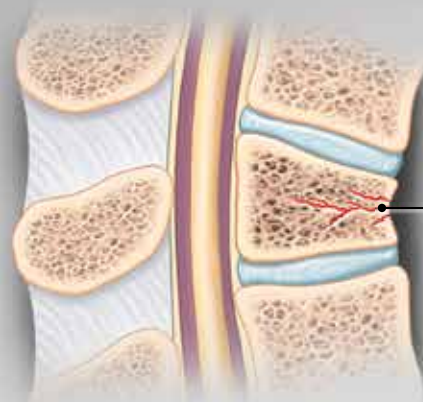
Hernie discale



Déformation rachidienne



Fractures ostéoporotiques



de l'immobilité. Le rétablissement sera long et il peut être difficile pour le patient de récupérer sur le plan mental et physique d'une période d'inactivité. Il est extrêmement rare d'observer un syndrome aigu de la queue de cheval chez la personne âgée, mais ce diagnostic reste à envisager.

HERNIE DISCALE

Symptômes

Douleur continue dominante dans la jambe qui s'intensifie lors de tout mouvement de la colonne vertébrale et qui est associée à des signes neurologiques, comme un signe de Lasègue (reproduction de la douleur dominante dans la jambe), accompagnés ou non d'une perte de la fonction normale motrice ou sensorielle ou des réflexes.

Traitement non chirurgical

Repos fréquents programmés dans la journée dans la position qui soulage le plus la douleur dans la jambe (c.-à-d. couché sur le dos, les genoux pliés et les jambes à angle droit reposant sur une chaise²); pas d'étirements actifs ou d'exercices; modification dirigée de l'activité; traitement médicamenteux à court terme avec des analgésiques narcotiques pendant la phase aiguë.

Orientation du patient

Lorsque la douleur dominante dans la jambe, constante, empêche toute activité, même restreinte. Les périodes de repos programmées doivent être entrecoupées de mouvements fonctionnels de base.

Une orientation en urgence est nécessaire en présence d'un syndrome aigu de la queue de cheval.

Déformation rachidienne

Pour les patients âgés, une déformation rachidienne légère à modérée, voire grave, ne nécessite généralement aucun traitement. Une déformation rachidienne accompagnée de douleurs dorsales peut généralement être traitée par les mêmes méthodes non chirurgicales que celles utilisées en cas de discopathie dégénérative. Le traitement de la claudication neurogène dépend de la gravité des symptômes et l'approche thérapeutique est semblable à celle utilisée pour les patients atteints de sténose du canal rachidien sans complications.

DÉFORMATION RACHIDIENNE

Symptômes

Déformation cosmétique subtile ou notable. La modification de la posture peut être associée à une douleur dominante dans le dos ou une claudication neurogène. Dans les cas graves, cela peut empêcher le patient de fonctionner normalement.

Traitement non chirurgical

Une déformation rachidienne asymptomatique ne nécessite généralement aucun traitement.
Douleur dominante dans le dos : traiter comme pour une discopathie dégénérative.
Claudication neurogène : traiter comme pour une claudication due à une sténose du canal rachidien.

Orientation du patient

Les patients doivent avoir moins de 80 ans et présenter des symptômes invalidants de douleur radiculaire ou de claudication. Une intervention chirurgicale pour traiter une déformation forte et douloureuse ou une déformation nuisant au fonctionnement nécessite une consultation poussée.



Points clés

Le diagnostic de claudication neurogène repose sur des antécédents de douleur intermittente dominante dans la jambe se manifestant au cours d'une activité physique (habituellement la marche) et qui est soulagée par la flexion (d'ordinaire, la position assise). L'examen physique du patient, lorsque ce dernier est au repos, est souvent normal.

Une douleur dorsale d'origine mécanique associée à une dégénérescence discale n'est que rarement une indication pour une intervention chirurgicale. Elle peut généralement être traitée de façon adéquate par une approche globale incluant une éducation, une modification des activités, un conditionnement physique général et des exercices choisis précisément en fonction des positions et des mouvements qui déclenchent la douleur.

Une hernie discale entraînant une sciatique aiguë est rare chez les personnes âgées et le diagnostic doit se poser avec précaution. La douleur véritablement radiculaire est constante et est dominante dans la jambe. Une douleur projetée et intermittente dans la jambe accompagne souvent la douleur dominante dans le dos et ne doit pas être traitée comme une sciatique.

L'opération chirurgicale du rachis est un enjeu de taille pour la personne âgée. La décision d'opérer doit se prendre après une consultation poussée, qui met l'accent sur la convalescence prolongée et qui évalue les avantages potentiels par rapport aux risques inévitables d'une telle opération, notamment un risque pour la vie du patient.

Quand doit-on orienter le patient vers un chirurgien du rachis?

Une correction chirurgicale est une opération de taille qui doit être réservée aux patients fortement symptomatiques, qui présentent un degré élevé de déformation — comme une cyphose grave — qui entraîne des répercussions sur le fonctionnement ou qui présentent une détérioration rapide du contour de leur colonne vertébrale. Les patients ayant une scoliose dégénérative, à savoir une déformation de la colonne vertébrale due à un tassement asymétrique de disque et des détériorations des facettes, peuvent faire partie de cette troisième catégorie. Dans le cas où la déformation entraîne une douleur radiculaire dans la jambe, il est possible d'avoir recours à une décompression limitée sans déstabilisation de la colonne

vertébrale¹⁵. Lorsque le niveau de décompression nécessaire augmente le risque d'aggravation de la déformation, la situation est très différente; une instabilité iatrogène de la colonne vertébrale peut en effet s'avérer dévastatrice. La planification préopératoire d'une correction majeure, qui nécessite aussi bien une décompression qu'une fusion, peut être considérable. Le patient doit être suffisamment en forme pour pouvoir subir une intervention chirurgicale longue et majeure et ce type d'opération n'est pas réalisable pour la majorité des octogénaires. Il est évident qu'il n'est pas toujours possible d'éviter une intervention chirurgicale; cependant, dans la mesure du possible, il faut éviter d'effectuer une opération chirurgicale de réparation de déformation rachidienne chez les patients de plus de 70 ans¹⁶.



Informations cliniques importantes

Les fractures tassement ostéoporotiques des corps vertébraux surviennent souvent sans antécédent connu de traumatisme. La douleur est soudaine et touche souvent les régions thoracique ou lombaire supérieure; elle est intensifiée par le mouvement (notamment la flexion vers l'avant) et s'atténue en position couchée, sans disparaître complètement. La phase aiguë peut durer plusieurs semaines, mais la douleur s'atténue habituellement sans traitement spécifique. Avec le temps, des fractures tassement multiples provoqueront une cyphose rachidienne.

La douleur dorsale d'une personne âgée doit être traitée avec un minimum de médicaments. Une douleur mécanique peut habituellement être maîtrisée par des mesures mécaniques adaptées et un traitement analgésique supplémentaire n'est pas nécessaire. Le recours à des traitements médicamenteux contre la douleur en première intention n'est pas conseillé; si des médicaments sont utilisés, ils doivent se limiter aux préparations non narcotiques. Les opioïdes ne doivent pas être utilisés, sauf potentiellement en cas de sciatique aiguë ou en présence de fractures tassement vertébrales récentes.

Le taux de morbidité et de mortalité d'une telle procédure est élevé¹⁷ et le dialogue entre le médecin de premier recours, le chirurgien, le patient et sa famille est complexe. Il faut parfaitement comprendre l'équilibre entre les avantages potentiels et les risques inévitables d'une telle opération, notamment un risque substantiel pour la vie du patient.

Fractures ostéoporotiques

Les fractures tassement ostéoporotiques surviennent souvent sans traumatisme et peuvent être invalidantes. En l'absence d'un événement reconnu comme étant la cause de fracture, il faut examiner le patient à la recherche de tout processus pathologique sous-jacent¹⁸. Habituellement, une fracture tassement ostéoporotique guérit sans incidents en l'espace de quelques semaines, mais ce n'est pas toujours le cas. Certaines personnes âgées nécessitent une hospitalisation en raison d'une douleur mal maîtrisée. Une fois que

vous avez éliminé la possibilité de processus pathologiques notables, comme une tumeur maligne primaire ou métastatique ou une infection, vous pouvez envisager le port

FRACTURES OSTÉOPOROTIQUES

Symptômes

Apparition soudaine d'une douleur dorsale continue (souvent dans la région thoracique) sans antécédents de traumatisme. Douleur qui s'intensifie lors de tout mouvement, mais en particulier lors des mouvements de flexion.

Traitement non chirurgical

Modification des activités; périodes de repos programmées; port d'un corset à court terme pour améliorer la mobilité; prise d'analgésiques non narcotiques.

Orientation du patient

Douleur dorsale invalidante et persistante depuis plus de 6 semaines, malgré des soins adaptés non chirurgicaux. Observations indicatrices d'une maladie sous-jacente inquiétante.

d'un corset en ambulatoire. Bien que la fracture ostéoporotique elle-même pourrait ne pas avoir besoin de corset lombosacré, ce dernier offre une protection supplémentaire ainsi qu'une sensation de stabilité, qui améliorent la mobilité du patient âgé.

Quand doit-on orienter le patient vers un chirurgien du rachis? Lorsque la douleur est durable et insurmontable et que le patient n'est plus mobile, même avec un corset, il est parfois possible d'accroître le corps vertébral de façon chirurgicale, par spondyloplastie expansive ou vertébroplastie¹⁹. La procédure peut permettre au patient de sortir plus vite de l'hôpital.

Plus fondamentalement, nous avons besoin de bien meilleures options thérapeutiques pour l'ostéoporose. Il est évident qu'il vaut mieux prévenir une fracture que d'avoir à la soigner. Dans ce domaine, l'endocrinologue peut s'avérer plus utile que le chirurgien du rachis.

Imagerie

Les images de la colonne vertébrale d'un patient âgé montrent une colonne de l'âge du patient. La corrélation entre les symptômes, les signes et les observations de tomodensitométrie ou d'IRM est très mauvaise²⁰. Les examens d'imagerie doivent avoir un objectif précis et les observations doivent influencer les décisions thérapeutiques ultérieures. Il ne faut pas faire une IRM « juste pour voir » ce qui se passe. Sauf en cas de signes

clairs d'une maladie sous-jacente inquiétante, comme une douleur nocturne qui réveille le patient, une perte de poids, une anorexie ou une diaphorèse, les examens vont créer plus de problèmes qu'ils n'en résoudront et entraîneront des contrariétés non nécessaires, une peur, des dépenses et un mauvais résultat¹⁹. Le médecin de premier recours participant à la continuité des soins saura reconnaître qu'un patient auparavant en bonne santé a commencé à se détériorer et l'art médical pourrait dicter le besoin de réaliser des examens. Demandez-vous minutieusement à quel moment votre patient a besoin de subir un examen d'imagerie et quel type d'image est nécessaire. Une fois les résultats disponibles, n'hésitez pas à en discuter avec un radiologue ou un chirurgien du rachis. Une sténose foraminale du côté gauche n'a absolument aucun lien avec une douleur dans la jambe droite. Si vous vivez suffisamment longtemps, chaque disque vertébral va dégénérer.

Quelques dernières réflexions

Les auteurs pensent que de nombreux patients qui ont besoin d'une chirurgie rachidienne lourde bénéficieraient d'un programme de « pré-adaptation ». Un tel programme pourrait inclure des exercices choisis ciblant le trouble du patient, comme l'utilisation d'un vélo d'appartement qui demande une flexion vers l'avant et élimine les symptômes de claudication, des exercices de renforcement des muscles thoraciques ou

paravertébraux contre la douleur dorsale d'origine mécanique, un régime alimentaire et l'optimisation des traitements médicaux des maladies associées²¹. Plus nous pouvons améliorer l'état du patient avant l'intervention chirurgicale, plus ce dernier pourra récupérer rapidement après l'opération; parfois, l'intervention chirurgicale peut même être évitée.

De nombreux patients âgés veulent jouer un rôle actif et dynamique au sein de leur communauté et font tout leur possible pour ne pas se retrouver en maison de soins infirmiers ou à l'hôpital. Le médecin de premier recours doit être capable de diagnostiquer les troubles rachidiens qui peuvent interférer avec la qualité de vie du patient et d'y réagir, et doit apprendre à ignorer les troubles qui ne reflètent que le vieillissement normal du patient. Il n'est pas toujours évident de faire une telle distinction et de trouver le traitement adapté. Recueillez autant d'avis que vous en aurez besoin : instructeur de conditionnement physique, diététiste, physiothérapeute, physiatre, rhumatologue, endocrinologue, radiologue et chirurgien du rachis²².

Le vieillissement de la colonne vertébrale est un domaine d'expertise médicale relativement récent et nous continuons à en reconnaître les défis. Ce n'est que maintenant que nous découvrons les mesures non chirurgicales les plus efficaces et que nous explorons les limites de nos capacités en matière d'intervention chirurgicale.

Références

1. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001 Feb 1;344(5):363-70.
2. Ammendolia C, Stuber K, Rok E, et al. Nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):1-63.
3. Smuck, M, Muaremi, A, Zheng, P, et al. Objective measurement of function following lumbar spinal stenosis decompression reveals improved functional capacity with stagnant real-life physical activity. *Spine J*. 2018;(18): 15-21.
4. Burgstaller JM, Porchet F, Steurer J, Wertli MM. Arguments for the choice of surgical treatments in patients with lumbar spinal stenosis—a systematic appraisal of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015 Apr 22;16:96. doi: 10.1186/s12891-015-0548-8.
5. Wai E, Rodriguez S, Dagenais S, Hall H. Evidence-informed management of chronic low back pain with physical activity, smoking cessation and weight loss. *Spine J*. 2008;8(1):195-202.
6. Kawchuk GN, Edgecombe TL, Wong AY, Cojocar A, Prasad N. A non-randomized clinical trial to assess the impact of nonrigid, inelastic corsets on spine function in low back pain participants and asymptomatic controls. *Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*. 15(10):2222-7, 2015 Oct 01.
7. Hasenbring MI, Pincus T. Effective reassurance in primary care of low back pain: what messages from clinicians are most beneficial at early stages? *Clinical Journal of Pain*. 31(2):133-6, 2015 Feb.
8. Traeger AC, Hubscher M, Henschke N, Moseley GL, Lee H, McAuley JH.

- Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 175(5):733-43, 2015 May.
9. Gregg C, Hoffman C, Hall H, McIntosh G, Robertson P. Outcomes of an interdisciplinary rehabilitation programme for the management of chronic low back pain. *J Prim Health Care*. 2011;3(3):222-7.
 10. Abraham E, Manson N. Acute fracture of the end or adjacent level after posterior lumbar spine fusion and instrumentation. *Spine J*. 2008;8(5):109S-110S.
 11. Abraham E, Manson N, McKeon M. The incidence of adjacent segment breakdown in polysegmental thoracolumbar fusions of three or more levels with minimum 5 year follow up. *Global Spine J*. 2014;4(2):83-88.
 12. Manson N, Mckeon M, Abraham E. Selective nerve root injections can prevent the need for surgery in patients suffering from lumbar disc herniations. *Spine J*. 2009;9(10):16S.
 13. Manson NA, McKeon MD, Abraham EP. Transforaminal epidural steroid injections prevent the need for surgery in patients with sciatica secondary to lumbar disc herniation: a retrospective case series. *Can J Surg*. 2013;56(2):89-96.
 14. Werndle MC, Reza A, Wong K, Papadopoulos MC. Acute disc herniation in the elderly. *Br J Neurosurg*. 2012 Apr;26(2):255-7. doi: 10.3109/02688697.2011.625506. Epub 2011 Nov 11.
 15. Kelleher MO, Timlin M, Persaud O, Rampersaud YR. Success and failure of minimally invasive decompression for focal lumbar spinal stenosis in patients with and without deformity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Sep 1;35(19):E981-7. doi: 10.1097/BRS.ob013e3181c46fb4.
 16. Flexman A, Charest-Morin R, Stobart L, Street J, Ryerson C. Frailty and postoperative outcomes in patients undergoing surgery for degenerative spine disease. *Spine J*. 2016;16(11):1315-1323.
 17. Lenehan B, Street J, Kwon B, et al. Morbidity and Mortality of major adult spinal surgery: A prospective cohort analysis of 942 consecutive patients. *Spine J*. 2009;9(10):51S-52S.
 18. Cloyd J, Acosia F, Ames C. Complications and outcomes of lumbar spine surgery in elderly people: A review of the literature. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(7):1318-27.
 19. Manson NA, Phillips, FM. Minimally Invasive Techniques for the Treatment of Osteoporotic Vertebral Fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88(8):1862-72.
 20. Rampersaud R, Kim J, Dong J, Brener S, Coyle P. Cost-effectiveness analysis of a reduction in diagnostic imaging in degenerative spinal disorders. *Spine J*. 2011;11(10):S14-S15.
 21. McIntosh, G, Hall, H, Boyle, C. Outcomes for those with or without physical comorbidity for a specific cohort of chronic low back pain patients in an active rehabilitation approach. *Adv Physiother*. 2011;13(2):56-62.
 22. Rampersaud, RY, Bidos, A, Fanti, CL, Young, BW, Drew, BM. Preliminary Report from the Ontario Interprofessional Spine Assessment and Education Clinics (ISAEC). *Spine J*. 2014;14(11):S40.