

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
-------------------	--------	------------------------	--------------	------

## C. Rachis

### Rachis cervical

Affections congénitales	01 C		
Syndrome médullaire (hormis traumatismes du rachis)	02 C	IRM	Indiqué [A]
Possibilité de subluxation atloïdo-axoïdienne	03 C	RS	Indiqué [C]
Cervicalgie commune	04 C	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
		IRM TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
Néuralgie cervico-brachiale	05 C	RS	Non indiqué initialement [B]
		IRM TDM	Examen spécialisé [B]

### Rachis dorsal

Dorsalgie commune	06 C	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
		Scintigraphie IRM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]

<i>Cf section Pédiatrie 01 M</i>	
L'IRM est l'examen de référence pour tous les syndromes médullaires, aigus, subaigus ou chroniques. En situation aiguë, elle doit être réalisée en urgence. Les autres techniques d'imagerie (radiographies simples, TDM) et de médecine nucléaire (scintigraphie osseuse) peuvent étudier, en complément de l'IRM, la composante rachidienne osseuse d'une compression médullaire.	0
Même si la radiographie de profil en flexion reste l'incidence maîtresse, il convient de réaliser un bilan radiographique complet afin de dépister l'ensemble des subluxations C1-C2. L'IRM montre le retentissement médullaire lorsque la radiographie est positive ou en présence de signes neurologiques.	I
En cas de première poussée, le traitement symptomatique peut être entrepris avant toute imagerie. Un bilan radiologique est indiqué seulement en cas de résistance au traitement médical bien conduit, d'aggravation clinique ou si la douleur et la raideur sont d'emblée intenses. Des radiographies sont justifiées avant d'engager un geste local, notamment une manipulation. La persistance de la cervicalgie sur le même mode ne justifie pas la répétition des radiographies.	I
La tomodensitométrie et l'IRM n'ont pas d'indication dans la cervicalgie vertébrale commune, sauf en cas d'aggravation clinique ou si il existe un contexte clinique évocateur d'une pathologie inflammatoire, tumorale, infectieuse ou un traumatisme récent.	0 II
Le traitement de la néuralgie cervico-brachiale qu'elle soit d'origine herniaire ou arthrosique est dans un premier temps médical.	I
En cas d'évolution défavorable où lorsque se pose l'indication éventuelle d'un acte invasif (intervention percutanée ou chirurgicale), la poursuite des examens complémentaires est licite. Celle-ci se fera soit par IRM, soit par scanographie, de préférence avec injection IV de produit de contraste.	0 II

À partir de la cinquantaine, les phénomènes dégénératifs sont inévitables. En l'absence de signes neurologiques ou de signes en faveur de métastases ou d'infection, la radiographie du rachis dorsal est rarement utile. Pour les patients plus âgés, la prescription peut revêtir un caractère plus urgent, car des douleurs soudaines peuvent être consécutives à une atteinte osseuse (tassement ostéoporotique ou malin).	I
La scintigraphie osseuse est utile pour détecter d'éventuelles lésions métastatiques. L'IRM peut être indiquée lorsqu'une douleur locale persiste ou résiste au traitement, ou en présence de signes suggérant une myélopathie.	II / III 0

C

C. Rachis

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Rachis lombaire</b>				
Douleur lombaire chronique sans signes d'infection ou de tumeur : lombalgie commune	RS	Non indiqué initialement [C]	Les évolutions dégénératives sont courantes et non spécifiques. Des radiographies du rachis lombaire, incluant la charnière thoraco-lombaire et les articulations sacro-iliaques, sont recommandées si une exploration est pratiquée. Les autres incidences (exemple : sacro-iliaques, charnière thoraco-lombaire) ne sont justifiées que s'il existe une suspicion clinique de spondylarthropathie. En règle habituelle, il n'est pas nécessaire de faire d'autres examens de radiologie, ni de les répéter en l'absence d'évolution clinique (accord professionnel). La radiographie présente un intérêt surtout chez les patients jeunes (moins de 20 ans), spondylolisthésis, spondylarthrite ankylosante, etc. ou âgés (> 55 ans, par exemple).	II
	IRM ou TDM ou Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]		0 III II / III
07 C			L'indication d'une TDM, d'une IRM, voire d'une scintigraphie osseuse doit demeurer exceptionnelle, en fonction du contexte clinique. Ces examens doivent nécessairement être précédés du bilan radiologique standard. Il n'y a pas lieu de prescrire de myélographie ou de myéloscanner. Il n'est pas recommandé de réaliser de nouveaux examens dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapeutique nouvelle (par exemple, manipulation vertébrale).	
Lombalgie dans un contexte particulier ou éventuellement assortie de signes de gravité comme : • début < 20, > 55 ans • syndrome de la queue de cheval • déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs • antécédents de cancer • VIH • perte de poids • usage de drogue par voie intraveineuse • corticothérapie • douleurs inflammatoires	IRM Scintigraphie	Indiqué [B]	Ces cas relèvent d'un avis spécialisé rapide, que le recours à l'imagerie ne doit pas retarder. Des clichés simples normaux peuvent être faussement rassurants. L'IRM est généralement l'examen le plus efficace. La scintigraphie osseuse est aussi largement utilisée pour détecter d'éventuelles atteintes osseuses, dans le cas de douleurs chroniques ou lorsqu'une infection est suspectée. <i>Chez l'enfant, voir 10 M</i>	0 II / III
	08 C			
Lombalgie aiguë ; lombo-radiculalgie mécanique	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Les douleurs lombaires aiguës sont généralement liées à une pathologie qui ne peut être diagnostiquée sur une radiographie simple (exception faite du tassement ostéoporotique). Une radiographie simple normale peut être faussement rassurante. En dehors de la recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgente ( <i>cf 08C</i> ), il n'y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans les sept premières semaines d'évolution, sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer une lombalgie spécifique.	II
	IRM ou TDM	Non indiqué initialement [B]		0 II
09 C			En cas d'échec du traitement médical, la mise en évidence d'une hernie discale ou autre facteur compressif nécessite une IRM ou une TDM. L'IRM, non irradiante, avec un champ de visualisation plus large visualisant l'espace sous-arachnoïdien, est préférable. IRM ou TDM sont nécessaires avant toute intervention chirurgicale ou radioguidée (injection épidurale par exemple). Les récurrences douloureuses post-opératoires sont du domaine du spécialiste et requièrent en général une IRM.	

C

C. Rachis