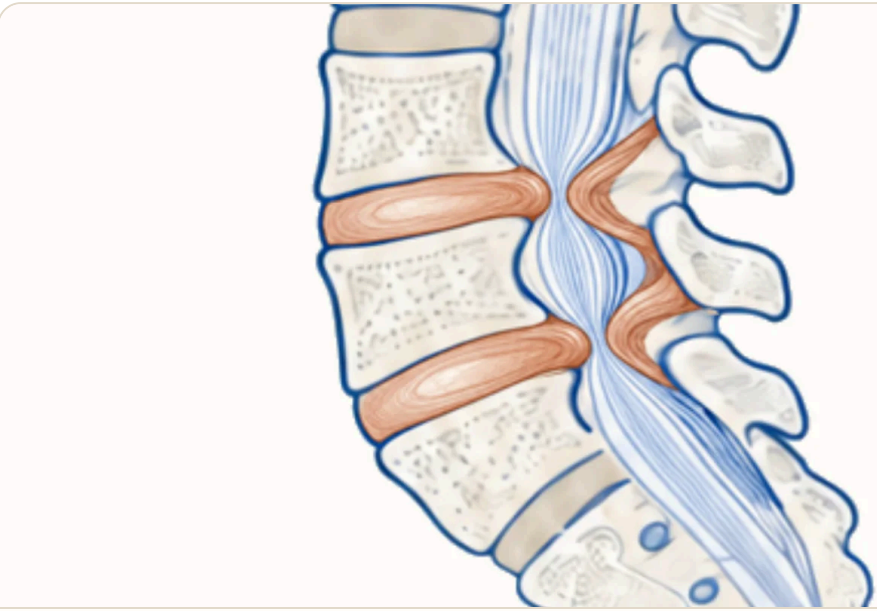
PATHOLOGIES · COLONNE VERTÉBRALE

Canal lombaire étroit : quand la marche devient difficile

Le rétrécissement du canal rachidien lombaire, lié le plus souvent à l'usure de la colonne, peut provoquer des douleurs et une lourdeur des jambes à la marche. Il évolue lentement et se traite d'abord médicalement.

Contenu sous la responsabilité du **Dr Gilles Zah-Bi**, neurochirurgien (RPPS 10101231446) · Date de relecture : 6 novembre 2026



Canal lombaire étroit : rétrécissement du canal en L3-L4 et L4-L5, par le disque en avant et les ligaments en arrière.

Vue schématique : elle ne remplace pas l'imagerie.

L'ESSENTIEL EN 30 SECONDES

FRÉQUENCE	SYMPTÔMES	EXAMEN CLÉ	TRAITEMENT
Fréquent, surtout après 60 ans	Douleurs, lourdeur ou fourmillements des jambes à la marche, soulagés en position assise ou penchée en avant	IRM lombaire, complétée par des radiographies debout	Médical et rééducation d'abord ; chirurgie de libération si la gêne persiste

De quoi s'agit-il ?

Les vertèbres délimitent, en arrière, un tunnel appelé canal rachidien. Dans la région lombaire, ce canal contient les racines nerveuses qui se dirigent vers les jambes, la vessie et le périnée. Leur ensemble forme ce qu'on appelle la queue de cheval.

On parle de **canal lombaire étroit**, ou sténose lombaire, lorsque ce tunnel se rétrécit au point de comprimer les racines. Le rétrécissement peut concerner :

- le centre du canal, avec une gêne qui touche souvent les deux jambes ;
- ses parties latérales (récessus latéraux) ou les orifices de sortie des racines (foramens), avec une douleur plutôt d'un seul côté.

La sténose peut toucher un seul niveau, le plus souvent entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire, ou plusieurs niveaux.

Comme pour la hernie discale, l'image ne suffit pas. Un canal étroit à l'IRM, sans symptôme, ne nécessite pas de traitement. C'est l'association entre les symptômes, l'examen et l'imagerie qui guide la prise en charge.

Causes et facteurs favorisants

La cause de loin la plus fréquente est **dégénérative**, c'est-à-dire liée à l'usure naturelle de la colonne avec l'âge. Plusieurs éléments s'additionnent :

- l'arthrose des petites articulations situées à l'arrière des vertèbres, qui grossissent et forment des becs osseux ;
- l'épaississement du ligament jaune, qui tapisse l'arrière du canal ;
- le bombement du disque usé vers l'arrière ;
- parfois un glissement d'une vertèbre sur l'autre, appelé spondylolisthésis dégénératif, ou une déformation de la colonne (scoliose de l'adulte).

Certaines personnes ont un canal naturellement plus étroit, de façon constitutionnelle. Chez elles, les symptômes peuvent apparaître plus tôt, parfois dès 40 ou 50 ans.

Les symptômes

Le symptôme caractéristique est la **claudication neurogène**, c'est-à-dire une gêne à la marche d'origine nerveuse. Après une certaine distance ou un certain temps debout, apparaissent dans les jambes :

- des douleurs dans les fesses, les cuisses ou les mollets ;
- une sensation de lourdeur, de fatigue ou de jambes qui ne portent plus ;
- des fourmillements ou des engourdissements.

Ces symptômes obligent à s'arrêter. Ils sont soulagés en **s'asseyant** ou en se **penchant en avant**, car cette position élargit un peu le canal. Beaucoup de patients remarquent qu'ils marchent mieux en s'appuyant sur un caddie de supermarché, qu'ils montent plus facilement qu'ils ne descendent, ou qu'ils peuvent faire du vélo sans gêne.

D'autres symptômes sont possibles : douleur lombaire, douleur sur le trajet d'une racine comme dans une sciatique, crampes nocturnes. La distance de marche se réduit souvent de façon progressive.

Plus rarement, la compression devient sévère et entraîne une faiblesse des jambes ou des troubles urinaires.

> **Appelez le 15** si apparaissent une difficulté ou une impossibilité à uriner, des fuites urinaires ou des selles inhabituelles, une perte de sensibilité au niveau du périnée, des fesses ou des organes génitaux, ou une faiblesse brutale ou rapidement croissante d'une ou des deux jambes.

Comment cela évolue-t-il ?

Le canal lombaire étroit évolue en général **lentement**, sur des mois ou des années. Chez beaucoup de patients, les symptômes restent stables pendant longtemps. Certains s'améliorent, d'autres voient leur périmètre de marche diminuer progressivement.

L'évolution vers une paralysie ou des troubles urinaires est rare. Le principal enjeu est donc la **qualité de vie** : l'autonomie, la capacité à marcher, à faire ses courses, à voyager, à garder une activité physique. La réduction de l'activité a elle-même des conséquences sur la santé générale, le poids et l'équilibre.

Cette évolution lente laisse le temps d'essayer un traitement médical et de prendre une décision réfléchie.

Le diagnostic

L'interrogatoire est essentiel. Le médecin précise la distance de marche, les positions qui soulagent, l'ancienneté des troubles. L'examen clinique recherche un déficit de force, de sensibilité ou des réflexes, souvent normal au repos.

Une étape importante est d'écarter d'autres causes de douleur des jambes à la marche :

- l'**artériopathie des membres inférieurs**, ou artérite, liée au rétrécissement des artères des jambes. Elle provoque surtout une crampe du mollet à la marche, qui cède à l'arrêt, même debout, sans besoin de s'asseoir ou de se pencher. Le vélo est aussi douloureux. Les pouls des pieds sont souvent diminués. Elle est plus fréquente chez les fumeurs, les diabétiques et en cas d'hypertension ou de cholestérol. Un écho-doppler artériel permet de la rechercher. Les deux maladies peuvent coexister chez une même personne ;
- l'arthrose de hanche, qui donne plutôt une douleur de l'aine ;
- une atteinte des nerfs périphériques (neuropathie), par exemple liée au diabète.

L'**IRM lombaire** est l'examen de référence pour visualiser le rétrécissement et les racines. Le **scanner** la remplace si elle est impossible. Des **radiographies debout**, de face et de profil, éventuellement en flexion et en extension, recherchent un glissement vertébral ou une instabilité, c'est-à-dire un mouvement anormal entre deux vertèbres. Cette information influence le choix de la technique chirurgicale si une intervention est envisagée.

Pour la consultation, apportez :

- les images et les comptes rendus de vos IRM, scanners et radiographies, sur CD ou via le lien de téléchargement ;
- le compte rendu d'un écho-doppler artériel, s'il a été réalisé ;
- la liste complète de vos traitements, en particulier anticoagulants et antiagrégants ;
- les courriers de vos médecins et le compte rendu d'éventuelles infiltrations ;
- si possible, une estimation de votre distance de marche actuelle.

Les traitements

Le **traitement médical** est proposé en premier lorsque les symptômes sont modérés et qu'il n'existe pas de déficit important. Il comprend :

- des antalgiques, et parfois des anti-inflammatoires sur de courtes périodes, en tenant compte de l'âge et des autres maladies ;
- la **kinésithérapie**, avec des exercices en flexion, un renforcement des muscles du tronc et des jambes, et un travail de l'équilibre ;
- le maintien d'une activité physique adaptée : vélo, marche fractionnée avec pauses, aquagym ;
- la perte de poids en cas de surpoids.

Les **infiltrations** de corticoïdes, au contact des racines ou dans l'espace qui les entoure, peuvent apporter un soulagement temporaire chez certains patients. Leur effet est souvent limité dans le temps, et leur place est discutée au cas par cas.

La **chirurgie** a pour but de libérer les racines nerveuses. Il s'agit d'une décompression, aussi appelée recalibrage ou laminectomie : le chirurgien retire l'os, l'arthrose et le ligament qui rétrécissent le canal. Elle est réalisée chaque fois que possible par une approche mini-invasive, par un abord d'un seul côté qui permet de libérer les deux côtés du canal : soit à l'aide d'un écarteur tubulaire sous microscope, soit par endoscopie biportale (technique UBE), avec deux incisions d'environ un centimètre. Ces techniques sont décrites dans la fiche Chirurgie mini-invasive du rachis.

Lorsqu'il existe des critères d'**instabilité**, par exemple un spondylolisthésis mobile ou une déformation, la décompression peut être complétée par une stabilisation des vertèbres. Cette technique, l'arthrodèse, est décrite dans la fiche Arthrodèse vertébrale. Le choix entre décompression seule et décompression avec arthrodèse dépend de l'imagerie et de chaque situation ; il fait encore l'objet de discussions dans la littérature pour certains cas.

Quand une intervention est-elle discutée ?

Une intervention est envisagée lorsque :

- la gêne à la marche ou les douleurs de jambes restent invalidantes malgré un traitement médical bien conduit ;
- la qualité de vie et l'autonomie sont nettement réduites ;
- il existe une faiblesse des jambes qui s'aggrave ou des troubles urinaires, ce qui rend la décision plus urgente.

En dehors de ces situations graves, la décision vous appartient en grande partie. Elle repose sur une discussion des bénéfices attendus, des risques et de vos priorités. La chirurgie améliore surtout les douleurs et la gêne dans les jambes. Son effet sur la douleur lombaire est moins prévisible. Elle ne guérit pas l'usure de la colonne, et un rétrécissement peut réapparaître des années plus tard, au même niveau ou à un niveau voisin.

L'âge seul n'est pas une contre-indication. L'état de santé général, les maladies associées et l'avis de l'anesthésiste sont pris en compte pour chaque patient.

Questions fréquentes

Vais-je finir en fauteuil roulant ?

C'est très rare. Le canal lombaire étroit évolue lentement et entraîne exceptionnellement une paralysie. Le principal risque est une réduction progressive de la marche et de l'autonomie, que le traitement cherche à limiter.

Comment savoir si c'est mon dos ou mes artères ?

Certains indices orientent : la douleur liée au canal étroit cède surtout en s'asseyant ou en se penchant en avant, celle de l'artérite cède à l'arrêt, même debout. L'examen des pouls et un écho-doppler artériel permettent de trancher. Les deux peuvent coexister.

Suis-je trop âgé pour être opéré ?

L'âge ne suffit pas à contre-indiquer une intervention. Ce sont votre état de santé général, vos autres maladies et la gêne ressentie qui comptent. Le bilan préopératoire et la consultation d'anesthésie permettent d'évaluer les risques.

L'opération supprimera-t-elle mon mal de dos ?

Pas nécessairement. La chirurgie de libération vise surtout les douleurs et la lourdeur des jambes. La douleur lombaire liée à l'arthrose peut persister en partie. Ce point est discuté en consultation selon votre situation.

Pour aller plus loin

Informations complémentaires auprès des sociétés savantes et organismes de référence :

- Société Française de Chirurgie Rachidienne — Espace patients (https://www.sfcr.fr/patients/espace-patients/fiches-informations)
- Assurance Maladie — ameli.fr (https://www.ameli.fr)

Cette page donne une information générale. Elle ne remplace pas une consultation : l'indication, la technique et les suites sont adaptées à chaque patient. En cas d'urgence, appelez le 15.