

HERNIES DISCALES LOMBAIRES

Dr MECHICHE Zohir
– Service de neurochirurgie _
Pr Hallaci.A – CHU Sétif

I INTRODUCTION :

- La hernie discale lombaire se définit comme une saillie focale de matériel discal à travers une déchissance de l'anneau fibreux et intéressant le rachis lombaire.
- La lombosciatique par HD traduisant un conflit disco-radiculaire.
- La TDM et l'IRM ont toujours aidé au diagnostic d'une hernie discale.
- La complication la plus grave est le syndrome de la queue de cheval.
- l'indication du traitement chirurgical est fonction de:
 - la sévérité de la symptomatologie clinique et de
 - la résistance au traitement médical bien conduit

II RAPPEL ANATOMIQUE :

- Le nerf sciatique est la branche terminale du plexus sacrée,
- constitué par l'union des racine L4-L5-S1- S2
- Les racines L5 et S1 qui interviennent dans la physiopathologie de la douleur sciatique.
- La cruralgie ou névralgie crurale est la « douleur du nerf crural »
- Elle est souvent nommée la sciatique du devant
- Les racines concernées par les cruralgies sont surtout L2_L3_L4
- Dans la cruralgie, la douleur suit le trajet du nerf crural, puis le trajet du nerf saphène, du nerf fémoral ;
- la douleur part du bas du dos et descend devant la cuisse, jusqu'au genou, jusqu'à la face interne de la jambe (cruris en latin).

- Le disque inter-vertébral est un Fibrocartilage a la forme d'une lentille biconvexe, Il est composé par:

- Le Nucleus pulposus: est une masse blanchâtre, gélatineuse et ovoïde qui

est situé au centre du disque.

- L'Annulus fibrosus : est une structure fibreuse lamellaire blanchâtre, ferme et élastique, fixée solidement au bourrelet marginal de la vertèbre.
- Structures avoisinantes
 - Les ligaments:
 - Ligament commun vertébral antérieur.
 - Ligament vertébral commun postérieur.
 - Le ligament jaune ,
 - Le ligament inter épineux
 - Le canal rachidien
 - Le trou de conjugaison
 - L'espace épidual.

III ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

- Les traumatismes répétés de la vie quotidienne,
- ainsi que certains traumatismes plus violents,
- peuvent provoquer des déchirures minimales dans l'annulus.
- A ce moment, de violentes douleurs peuvent se manifester, c'est le lumbago aigu.
 - Le nucleus peut brutalement faire issue à travers l'une de ces fissures de l'annulus et provoquer une saillie postérolatérale, c'est la hernie discale.
 - Une hernie peut rester contenue sous le ligament qui bombe mais n'est pas rompu, c'est la hernie sous-ligamentaire.
 - La hernie peut jaillir dans le canal lombaire, à travers une déchirure du ligament, c'est la hernie exclue.
 - Dans la plupart des cas, pour des raisons anatomiques, seule la racine sensitive est intéressée.
 - Plus rarement, la racine motrice est également.

IV CLINIQUE :

- a) Interrogatoire:
 - 1) Antécédents:
 - Un long passé lombalgique évoluant par crise de plus en plus durables et rapprochées sans cause particulière ;
 - parfois une cause évidente comme un effort violent ou le port d'un objet

lourd avec l'évolution;

- la douleur lombaire disparaît et seule la douleur radiculaire qui persiste.
- Cette douleur est à type de fourmillements, de paresthésies, parfois c'est une douleur à type de courant électrique.

▪ 2) Le trajet de la douleur peut être :

- - L5 : fesse, face postéro-externe de la cuisse, face externe du genou, face externe ou antéro-externe de la jambe, malléole externe ou gouttière pré malléolaire, dos du pied, gros orteil ;

- - S1 : fesse, face postérieure de la cuisse, creux poplité, face postérieure de la jambe, tendon d'Achille ou rétro- malléolaire externe, talon, plante ou bord externe du pied jusqu'au 5 ème orteil ;

- 3) Le rythme de la douleur peut être mécanique (diurne, augmentant avec l'activité).

- 4) Mode de début : Brutalement, après un effort pour la lombosciatalgie commune.

- 5) Intensité : peut être modérée ou aiguë.

- La douleur est influencée par des facteurs mécaniques, tels que : station debout, marche, effort, toux, défécation, elle est calmée par le repos.

- b) Examen physique: L'examen clinique doit chercher:

- 1) Attitude antalgique (inflexion latérale irréductible) avec contracture des muscles para- vertébraux.

- La raideur segmentaire est souvent considérable,

- elle s'évalue par la distance main sol

- et par

- le test de SCHOBER: L'ensemble réalise le syndrome rachidien.

- 2) Signe de Lasègue : Déclenchement de la douleur radiculaire en soulevant le membre inférieur en extension.

- Ce signe est coté de 0 à 90° : C'est le témoin de la compression d'une racine L5/S1.

- Ou bien Signe de Lasègue inverse : C'est le témoin de la compression d'une racine L4.

- 3) Signe de la sonnette :

La pression, à deux travers de doigt en dehors de la ligne des épineuses, en regard des espaces L4-L5 et L5-S1, réveille parfois du côté atteint, la radiculalgie: c'est le signe de la sonnette.

- 4) L'examen neurologique :

- L'examen des membres inférieurs recherche:

- des signes déficitaires moteurs, sensitifs ou réflexes précisant le territoire :

- marche sur les talons (les releveurs du pied et des péroniers latéraux= L5),

- Il ne faut jamais oublier de vérifier la sensibilité de la selle et des organes génitaux externes car peut orienter vers un syndrome de la queue de cheval.

- marche sur les pointes (triceps sural= S1), hypoesthésie L5 ou S1,

- abolition ou diminution du réflexe achilléen(S1),

- du réflexe rotulien (L3/L4).

- 5) Apprécier la gravité :

- - Les lombosciatiques hyperalgiques.

- - Les lombosciatiques paralysantes

- (déficit moteur < 3).

- Le déficit sensitivo-moteur peut apparaître

- d'emblée ou après quelques jours ou quelques semaines d'évolution :

- Soit déficit L5 : paralysie des releveurs du pied et des orteils.

- Soit déficit S1 : paralysie du triceps avec abolition du réflexe achilléen.

CAS PARTICULIER : Le syndrome de la queue de cheval +++

- Paraplégie/ Paraparesie à prédominance distale
- Anesthésie en selle
- Troubles génito-sphinctériens

V EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- 1) radiologique :
 - Rx standard du rachis lombaire (F+P)+ Rx du bassin.
 - Elles permettent de vérifier l'état du rachis, la statique, l'état des disques, ainsi que les articulations sacro-iliaques, l'état des vertèbres.
- 2) TDM lombaire :
 - permet de voir la hernie, voir sa situation, son importance et la surface utile du
 - canal rachidien (recherche d'une étroitesse canalaire).
- 3) IRM lombaire :
 - Elle est réalisée lorsque le scanner n'est pas convaincant ou si existe une discordance radio-clinique ou s'il s'agit d'une récurrence de la hernie.

VI TRAITEMENT

- 1) Médical:
 - Repos (alitement strict de manière à supprimer les contraintes mécaniques),
 - myorelaxants (tétrazepam : myolastan, meocid), antalgiques, anti-inflammatoires (AINS et corticoïdes), vitaminothérapie.
 - Kinésithérapie pour renforcer la musculature abdominale et pelvienne. Dans 90% des cas, ce traitement entraîne de bons résultats.
 -
- 2) Infiltration épidurale de corticoïdes sous contrôle scopique, peut être d'une grande utilité.

- 3) Chimionucléolyse :
- Injection à l'intérieur du disque d'une enzyme (chymopapaïne 4000 UI).
- Cette méthode apporte des résultats très satisfaisants pour les sciatalgies (70 % de résultats).

- 4) Chirurgical :

- La décompression chirurgicale des racines nerveuses.

- a) Discectomie par abord direct et ablation du disque intervertébral :

- consiste en l'excision de la hernie pour décompresser la racine et éviter les récidives.
- L'abord chirurgical classique se fait par la partie postérieure du rachis lombaire,
- Après avoir écarté les masses musculaires et exposé les lames. Le ligament jaune est enlevé, pour mettre en évidence les racines.
- La racine refoulée par la hernie discale est mobilisée et écartée avec douceur, pour découvrir la hernie discale.
- Celle-ci est ensuite excisée et extirpée, ce qui
- permet de pénétrer à l'intérieur de l'espace pour enlever tout le nucleus pulposus.

- c) Indications de la chirurgie:

- - Hernie discale paralysante et / Hernie discale avec syndrome de la queue de cheval +++ EXTREME URGENCE FONCTIONNELLE
- - Hernie discale récidivante après arrêt du traitement médical.
- - Hernie discale qui ne s'améliore pas sous un traitement médical bien conduit.
- - Hernie discale hyperalgique.

- d) Résultats :

- Disparition de la sciatique dans 90% des cas, l'opéré est autorisé à

se lever le jour même

quitte l'hôpital le 3^o jour.

La rééducation active post-opératoire ne sera mise en route qu'au 2^o mois post-opératoire.

La reprise d'un travail léger peut être envisagée vers la 6^o semaine.

Réinsertion socio-professionnelle rapide.

▪ e) Incidents post-opératoires :

▪ Brèche durale, plaie radiculaire, plaie vasculaire, Infections, Spondylodiscites, phlébites des MI.

▪ A long terme, c'est la récurrence du même côté et au même niveau par curetage incomplet ou dégénérescence discale.

▪ Une nouvelle hernie peut apparaître à un niveau adjacent ou une fibrose post-opératoire.

▪ 5) Rééducation:

▪ Une rééducation vertébrale appropriée est indispensable dans tous les cas, pour renforcer les muscles abdominaux et lombaires et diminuer le risque de récurrences et de lombalgies.

▪ Il est capital aussi de redonner par les étirements, de la souplesse à tous les muscles sous pelviens dont la rétraction conduit à des sollicitations lombaires anormales.

▪ Il faut apprendre au patient à épargner sa colonne vertébrale dans la vie courante et entraînant sa musculature lombo- abdominale (gymnastique quotidienne), marche et natation.