

FACULTE DE MEDECINE DE SETIF
DEPARTEMENT DE MEDECINE

CHU SETIF



COURS
MODULE DE NEUROLOGIE

HERNIES DISCALES LOMBAIRES

Pr. BOUBLATA Lotfi
PDT CPRS-EST
NEURO - Chirurgie

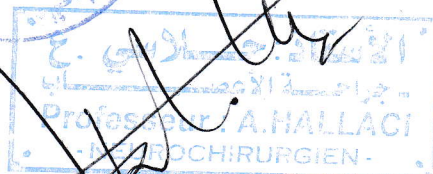
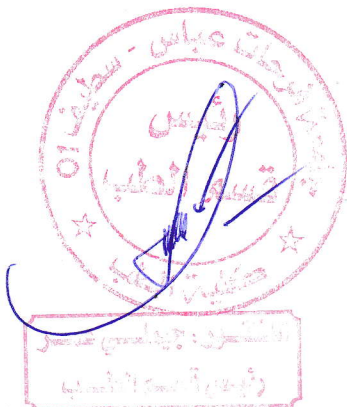
Dr. MECHICHE zohir

NEUROCHIRURGIEN

SERVICE DE NEUROCHIRURGIE

- PR H.HALLACI

CHU SETIF



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) ANTECEDENTS:**
- Un long passé lombalgique évoluant par crise de plus en plus durables et

approchées 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 ETRE :**

- - 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 ETRE MECANIQUE** (diurne, augmentant avec l'activité).

- **4) MODE DE DEBUT** : Brutalement, après un effort pour la lombosciatalgie commune.

- **5) INTENSITE** : 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 côté 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 coté 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) MEDICAL:

- Repos (alitement strict de manière à supprimer les contraintes mécaniques),
 - myorelaxants (tetrazepam : 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 EPIDURALE DE CORTICOÏDES SOUS CONTROLE SCOPIQUE, peut être d'une grande utilité.

3) CHIMIONUCLEOLYSE :

- 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 récives.
- 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.

b) 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.

c) 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.

- **d) 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) REEDUCATION:**

- Une rééducation vertébrale appropriée est indispensable dans tous les

cas, pour renforcer les muscles abdominaux et lombaires et diminuer le risque de récives 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.

BIBLIOGRAPHIE:

1. *Hernie discale lombaire – Diagnostic et prise en charge ...* : <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-454/Hernie-discale-lombaire-Diagnostic-et-prise-en-charge>
2. *Hernie discale - Symptômes et traitements - Doctissimo* :
https://www.doctissimo.fr/html/dossiers/mal_de_dos/articles/11859-hernie-discale.htm
3. *Hernie discale lombaire - CNFS* :
<https://cnfs.ca/pathologies/hernie-discale-lombaire>
4. *Hernie discale - Reconnaître, Prévenir, Soigner, Guérir* :
https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=hernie_discale_pm
5. *Hernie discale : quand faut-il recourir à la chirurgie ?* :
<https://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/08/28/16263-hernie-discale-quand-faut-il-recourir-chirurgie>
6. *A propos de la hernie discale : définition, causes, facteurs de ...* : <https://www.medtronic.com/fr-fr/patients/pathologies/hernie-discale.html>
7. *Hernie Discale Lombaire - Institut Parisien du dos* :
<https://www.institut-parisien-du-dos.fr/fr/les-pathologies/la-pathologie-lombaire/hernie-discale-lombaire.html>
8. *La hernie discale - Service de neurochirurgie - CHUV* :
<https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/la-hernie-discale>