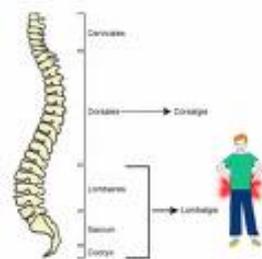


La sciatique par hernie discale



Description médicale :

Le terme hernie est utilisé pour décrire la saillie d'un disque intervertébral le plus souvent au contact d'une racine nerveuse. Entre chacune des 24 vertèbres de la colonne vertébrale se trouve un disque intervertébral qui assure le rôle d'amortisseur de chocs et donne souplesse à la colonne. Il est formé en périphérie d'une structure fibreuse et solide (l'annulus fibrosus) qui entoure un noyau gélatineux (le nucléus pulposus).

Dans son état normal, le disque ne déborde ni vers l'avant, ni vers l'arrière, ni vers les côtés.

Le caractère localisé est essentiel car un disque dégénéré (discopathie) fait toujours une saillie postérieure, mais lorsqu'elle est diffuse et régulière, elle réalise une protrusion discale.

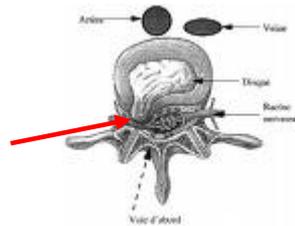
Une hernie discale peut survenir si les pressions qui agissent sur le disque intervertébral sont trop élevées ou si le dos est sollicité constamment par des mouvements répétitifs. Le disque se fragilise, dégénère se rompt et une partie du noyau gélatineux fait irruption soit en arrière soit sur les cotés soit les 2 à la fois (compression postéro-latérale).

Quand la compression produite par la saillie discale vient au contact d'une racine nerveuse. La douleur se fait alors sentir sur le trajet du nerf atteint.

Bien que la hernie discale puisse toucher n'importe quelle région de la colonne vertébrale, près de 95 % des hernies surviennent dans le bas du dos. La hernie peut alors provoquer des douleurs au bas du dos (une lombalgie) accompagnées ou pas de douleurs le long de la jambe (une sciatique). Il est difficile d'évaluer la prévalence de la hernie puisque certaines passent inaperçues. Les données actuelles permettent de croire qu'une personne sur cinquante en est affectée un jour ou l'autre.

Causes :

La dégénérescence discale augmente avec l'âge. Ainsi, les personnes âgées de 35 ans à 55 ans sont le plus à risque de hernie discale, et cela est probablement attribuable au fait qu'elles sont encore actives physiquement malgré un disque qui s'est fragilisé au fil des années. Avec le temps, le noyau gélatineux contenu à l'intérieur du disque s'assèche et la colonne vertébrale perd de sa tonicité et de son élasticité.



Une action brusque dans une mauvaise posture, comme soulever une lourde charge en position de torsion du tronc, l'obésité et la grossesse augmentent les tensions sur la colonne vertébrale.

Une prédisposition génétique : plusieurs membres d'une famille sont parfois atteints. Les personnes prédisposées ont tendance à souffrir d'une hernie plus précocement (parfois avant l'âge de 21 ans).

Évolution de la hernie :

Généralement, les hernies guérissent après six semaines de soins et de précautions. Néanmoins, si la hernie est associée à une paralysie des membres ou à des problèmes sphinctériens, urinaires ou à une anesthésie de la région périnéale (syndrome de la queue de cheval) celle-ci nécessite une intervention médicale urgente.

Symptômes :



Grâce aux tests d'imagerie médicale, on sait maintenant que deux personnes qui ont un problème de hernie identique n'auront pas nécessairement les mêmes symptômes. Chez certaines personnes, la hernie passe inaperçue, tandis que chez d'autres elle est terriblement douloureuse.

Lorsque la hernie est située dans la région lombaire, elle peut causer des douleurs lombaires (lombalgie), accompagnées ou non d'une douleur dans la jambe le long du nerf sciatique (lombosciatique).

Une hernie discale au cou peut entraîner une raideur ou un torticolis et des douleurs au cou, aux épaules, à la poitrine ou aux bras : c'est la névralgie cervico-brachiale qui s'accompagne de fourmillements, d'engourdissements ou de faiblesse à la main. Attention : lorsque la douleur se situe à la poitrine et au bras, elle peut être confondue avec une douleur cardiaque.

Lorsque la hernie discale est située à la hauteur du thorax, les symptômes de la hernie sont plus confus, allant de douleurs dans le haut ou le bas du dos, de douleurs inter- costales, à l'abdomen ou les jambes. Parfois, la personne ressent une faiblesse dans les jambes.

De manière générale, la douleur a tendance à s'exacerber dès qu'on sollicite les muscles du dos : lorsqu'on se penche vers l'avant, qu'on étternue ou qu'on déploie un effort. Ce caractère impulsif de la douleur est assez caractéristique d'un conflit entre le disque atteint et la racine nerveuse. La douleur s'accroît également en position assise prolongée, en position debout ou couché sur le ventre.

ON FAIT GÉNÉRALEMENT LE DIAGNOSTIC DE SCIATIQUE PAR HERNIE DISCALE SEULEMENT SUR LA CLINIQUE :

- Un passé lombalgique plus ou moins ancien avec souvent un lumbago récent.
 - Une douleur qui descend dans le membre inférieur. La disparition de la lombalgie au moment de la sciatique, inconstante, paraît pratiquement spécifique.
- Cette douleur descend le plus souvent de la fesse, la face postérieure de la cuisse, la face antéro-externe de la jambe et le dos du pied pour la racine L5, la face postérieure du mollet et la plante du pied pour la racine S1.
- Une raideur lombaire avec parfois une attitude antalgique : rectitude ou cyphose.
 - Un signe de Lasègue (apparition de la sciatgie lors de l'élévation de la jambe, patiente couché sur le dos) en sachant que le soulèvement automatique de la fesse lors de l'élévation du membre inférieur est un signe objectif de haute valeur.
 - Une disparition du réflexe achilléen (du côté de la sciatique), mais qui n'existe que pour la sciatique S1.
 - Parfois un signe de Lasègue controlatéral, une hypoesthésie ou une anesthésie dans le territoire cutané correspondant.
 - Un déficit L5 au niveau des releveurs du gros orteil ou S1 au niveau des fléchisseurs du pied. Il ne faut pas hésiter à faire marcher les patients sur la pointe des pieds et sur les talons pour apprécier le retentissement sur la marche.

Typiquement la douleur par hernie discale au niveau lombaire va passer par 3 temps :

- Le premier temps est caractérisé par une lombalgie.

- Le deuxième temps voit s'installer en plus de la lombalgie une douleur diffusant au membre inférieur : la sciatalgie, avec parallèlement un déficit au niveau des muscles innervés par la racine comprimée.

- Le troisième temps est paralytique s'accompagnant d'une disparition de la douleur : c'est le cas de la hernie exclue.

La Sciatique paralysante :

C'est un déficit moteur plus ou moins complet de L5 ou/et S1. Le déficit L5 (steppage) se repère plus facilement que celui de S1. Elle est rare et se présente sous deux formes :

- Celle d'une grosse hernie comprimant 2 ou plusieurs racines. Le tableau est celui d'une sciatique habituelle mais avec un déficit L5 ou S1 ou d'un syndrome de la queue de cheval (atteinte de plus d'une racine) plus ou moins complet. C'est une contre-indication au traitement médical. La chirurgie doit être proposée d'emblée et permet la guérison complète.
- Celle de la paralysie post-sciatique. Le tableau est celui d'une sciatique hyperalgique qui disparaît brusquement, pour laisser la place à un déficit L5 ou S1. La chirurgie est conseillée en cas de hernie mais la récupération de la paralysie est aléatoire.

Examens complémentaires :

Des radiographies simples du rachis lombaire, ou de la région concernée clichés dits de débrouillage, debout de face et de profil. L'intérêt d'un cliché centré sur L5-S1 n'est pas prouvé.

Ces radios permettent de visualiser la colonne osseuse : aspect et statique, l'aspect des disques (normaux, pincés ou arthrosiques) et pour s'assurer de l'absence de lésions osseuses malignes, de spondylodiscite (atteinte inflammatoire de la vertèbre) ou d'arthrite de l'articulation sacro-iliaque s'intégrant dans le cadre plus global d'une maladie rhumatismale ou infectieuse.

La mise en évidence d'un spondylolisthèsis (glissement d'une vertèbre sur une autre) nécessite la réalisation de clichés de ¾ droit et gauche.

Un bilan inflammatoire, en dehors d'un point d'appel précis, est inutile.

Tous les autres examens sont au début inutiles (ponction lombaire, électromyogramme, scintigraphie osseuse, scanner et IRM).

Indications du scanner :

Il va confirmer la hernie discale. L'IRM, plus chère n'apporte rien de plus.

Il n'est utile que dans les sciatiques rebelles au traitement médical,

Le faux positif est lié à la possible confusion entre protrusion et hernie discale.

Un bon scanner est infaillible pour le diagnostic d'une hernie et, s'il ne montre pas de hernie il est inutile et absurde de demander un deuxième scanner, une myélographie ou une IRM.

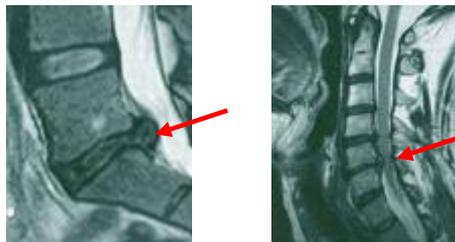
En revanche il ne montre pas toutes les autres causes possibles de sciatique.

Dans les sciatiques déjà opérées et compliquées de fibrose épidurale, ou dans le cas de suspicion d'une pathologie maligne ou infectieuse le scanner n'est pas performant : l'IRM avec gadolinium ou la discographie couplée au scanner peuvent devenir utiles.



Indications de l'IRM :

Elle est indiquée quand on souhaite éviter une irradiation importante dans le cas d'un scanner rachidien ou lorsqu'on suspecte une hernie migrée à l'étage sus ou sous jacent.



Personnes à risque :

- Les personnes qui pratiquent des métiers ou des sports exigeants physiquement. Les hommes sont plus nombreux à souffrir d'une hernie discale que les femmes.
- Les personnes âgées de 35 ans à 55 ans.
- Les femmes enceintes par hyper pression abdominale.

Facteurs de risque :

Ils sont importants à prendre en considération en vue de la prise en charge thérapeutique.

- Le manque d'entraînement physique.
- L'obésité ou la surcharge pondérale.
- Les mauvaises postures.
- Le stress prolongé.
- Le port de chaussures à talons hauts.

Prévention :

Pratiquer régulièrement de l'exercice physique dans le but de renforcer sa musculature abdominale et para vertébrale qui soutient la colonne vertébrale à la manière des voiles tendues autour du mas d'un bateau.

Il faut insister sur l'échauffement avant de commencer une activité physique. C'est le meilleur moyen de conserver la force et la souplesse du dos.

Maintenir un poids adapté à sa taille ou perdre du poids si l'on fait de l'embonpoint.

Se réserver des moments de détente et de relaxation.

Une bonne posture (au travail et au cours de son sommeil) en surveillant constamment sa posture : le dos est bien droit, le regard droit, les épaules vers l'arrière.

Pour soulever un objet lourd, ne pas incliner le torse vers l'avant et éviter les mouvements de torsion. S'accroupir en fléchissant les genoux tout en maintenant le dos bien droit, et se relever en tenant l'objet près du corps.



Au travail :

Si l'on doit rester longtemps en position debout, se servir d'un tabouret bas sur lequel on posera les pieds à tour de rôle, en alternant toutes les cinq à dix minutes.

Si l'on doit rester assis durant de longues heures au bureau ou au volant d'un véhicule, s'accorder des périodes de repos pour se dégourdir et s'étirer.

Utiliser des chaises à dossier droit qui soutiennent le bas du dos et qui remonte au niveau de la tête de façon à soutenir la nuque.

Ajuster la hauteur de la chaise de telle sorte que les genoux soient un peu plus haut que les hanches. Utiliser une chaise pivotante afin de minimiser les mouvements de torsion.

A l'extérieur :

Privilégier les sacs à dos aux sacs à main, et utiliser les deux épaules pour porter le sac à dos. Pousser les objets lourds plutôt que de les tirer.

Éviter de porter des chaussures à talons hauts (plus de 5 cm). Porter plutôt des chaussures bien ajustées, qui offrent un bon support.

Traitements médicaux :

En dehors de la sciatique paralysante ou du syndrome de la queue de cheval, un traitement médical est toujours débuté en premier.

Le traitement comporte principalement une mise au repos, la renonciation aux comportements à risque pour le dos et la prise de médicaments pour soulager la douleur, la contracture musculaire et réduire l'inflammation. Dans la majorité des cas, ces mesures sont suffisantes pour réduire les symptômes et guérir la hernie. Les traitements chirurgicaux ne sont nécessaires que si la douleur persiste après plusieurs semaines ou si les symptômes s'aggravent.

A/ Le repos :

Le repos au lit peut être prescrit pour un jour ou deux maximum en phase de douleur aiguë. Il est cependant préférable de ne pas prolonger ce repos au-delà d'un ou deux jours et de reprendre ses activités dès que possible. L'inaction et l'immobilité favorisent l'atrophie et l'affaiblissement des muscles du dos et peuvent compromettre la mobilité normale des articulations de la colonne lombaire. Il faut privilégier le repos sur un matelas dur reposant sur un sommier et éviter de se coucher directement sur un plan dur.

Les positions qui reposent le mieux la colonne lombaire sont les suivantes :

- Couché sur le côté, genoux repliés, un oreiller sous la tête et un autre entre les genoux (les femmes enceintes peuvent ajouter un oreiller sous leur ventre);
- Couché sur le dos, sans oreiller sous la tête, avec un ou plusieurs oreillers sous les genoux et une serviette roulée ou un petit coussin dans le creux du bas du dos.
- Le port d'une ceinture lombaire ou lombostat permet de soulager la douleur par le soutien supplémentaire et l'immobilisation qu'il procure.



B/ Les médicaments :

Ce sont des analgésiques ou antalgiques allant du paracétamol Doliprane ®, par exemple, des anti-inflammatoires (ibuprofène : Advil®, Célébrex®) ou des relaxants musculaires (Décontractyl®, Coltramy®l®, Myolastan®). Si la douleur est intense et tenace, le médecin pourra prescrire des antalgiques plus puissants contenant des dérivés morphiniques (Diantalvic®, Efferalgan codeiné®).

Des applications de glace à la colonne, près de la hernie, aident aussi à diminuer l'inflammation.

N.B. Il est important que tous les patients ou les femmes enceintes consultent leur médecin avant de prendre l'un ou l'autre de ces médicaments.

En cas de douleurs rebelles ou importantes, l'administration de ces médicaments peut se faire par voie intra musculaire ou intraveineuse en fonction du type de médicament :

- Un anti-inflammatoires à forte dose, associé au besoin avec un décontracturant ou une benzodiazépine et un antalgique (paracétamol ou propoxyphène). Si nécessaire on augmente la sédation en utilisant dans l'ordre du paracétamol codéiné, le nozinan, un antalgique majeur.
- En cas de douleur persistante malgré un traitement médical bien conduit et **en l'absence de tout déficit sensitif ou moteur,** des injections épidurales de corticoïdes retards au niveau foraminaux, sous contrôle radiologique, (le hiatus sacro-coccygien ou la voie inter-épineuse étant plus complexe à réaliser). Elles ont un très bon effet antalgique si bien réalisées et sont répétées à la demande.

Rééducation, massages et physiothérapie :

Une fois les symptômes atténués, le médecin pourra prescrire des séances de rééducation afin d'accélérer la guérison complète. Il s'agit essentiellement d'exercices qui permettent d'améliorer la posture, de renforcer la musculature du dos et de l'abdomen et d'assouplir le corps.



Des massages et des exercices d'élongation sont également prescrits.

Le respect de la règle de la non douleur est fondamental.



La pratique de sport comme la natation sur le dos est fortement conseillée.

Chez les femmes enceintes, la sciatique tend à disparaître après la grossesse.

Les traitements de physiothérapie peuvent inclure notamment un massage doux, une exposition à la chaleur, de l'électrothérapie et des tractions lombaires.

- La traction lombaire (des élongations de la colonne vertébrale) peut se faire manuellement ou avec un appareil de traction.
- Les massages effectués sont généralement des manoeuvres superficielles, lentes et régulières qui permettent d'assouplir la région douloureuse.



- Différentes sources de chaleur : des rayons infrarouges, des enveloppements chauds, une balnéothérapie chaude ou une thalassothérapie est souvent intégrée au traitement des sciatiques et des maux de dos.
- Les personnes qui désirent recourir à des manipulations spinales (chiropratique, ostéopathie ou autres) pour traiter leur hernie discale doivent prendre certaines précautions afin de ne pas aggraver leur état. D'abord, choisir un thérapeute dûment formé.

Contre-indications :

La chiropratique est contre-indiquée en cas de syndrome de la queue de cheval (une forme grave de sciatique) ou de fracture vertébrale.

Le traitement Chirurgical :

La chirurgie permet d'éliminer la compression qu'exerce le disque intervertébral sur les racines nerveuses. C'est la cure de la hernie discale :

- La discectomie consiste à faire l'ablation complète ou en partie du disque intervertébral. Cette opération se pratique à travers une petite incision cutanée. Parfois, le chirurgien pratique en parallèle une laminectomie, c'est-à-dire une résection complète ou partielle d'une partie de la vertèbre de façon à augmenter le canal vertébral.

L'abord est postérieur, centré sur l'étage vertébral à opérer, résection de la hernie et curetage discal. Très bons résultats (95%), avec guérison immédiate de la sciatique et reprise d'une vie normale en 1 à 3 mois.

Elle comporte un risque très faible de complications comme la phlébite, l'infection cutanée ou de l'étage à opérer (discite infectieuse), d'une récurrence de la lombosciatique par fibrose épidurale ou par expulsion d'un fragment discal persistant malgré le curetage et aggravation des lombalgies par arthrose secondaire.

- Ce qu'il faut retenir, est que la chirurgie est très efficace sur la sciatgie mais beaucoup moins sur les douleurs lombaires qui ne sont pas liées à la compression de la racine nerveuse par la hernie discale et donc moins accessible au traitement chirurgical.

- Les traitements chirurgicaux sont utilisés en dernier recours puisqu'ils comportent des risques (contracter une infection, subir une lésion à un nerf ou créer un stress sur d'autres vertèbres).

- Si les douleurs persistent plus de trois mois malgré les traitements prodigués, la chirurgie peut être envisagée. Si la sciatgie est reliée à une hernie discale, il faut savoir que dans moins de 5 % des cas de hernie, une chirurgie est nécessaire.



La sténose lombaire :

Le tableau clinique, purement fonctionnel, est celui d'une **claudication radiculaire intermittente**, avec une sciatgie ou des douleurs imprécises des membres inférieurs, apparaissant après quelques centaines de mètres de marche, poussant le malade à ralentir la marche, et disparaissant rapidement avec la position assise, accroupie ou penchée en avant.

Elle peut s'accompagner d'une sensation de dérochement du membre à la marche et d'une sensation de faiblesse du membre avec parfois une chute.

Des troubles moteurs ou sensitifs des membres inférieurs, ressentis dans les mêmes conditions, peuvent être associés.

L'examen clinique est généralement normal. Il y a parfois des troubles de la sensibilité profonde, mais les signes objectifs d'un syndrome de la queue de cheval sont exceptionnels.

Anatomiquement le diamètre du canal rachidien est rétréci, soit du fait d'une étroitesse congénitale : le canal lombaire étroit, soit du fait du remaniement arthrosique des apophyses articulaires postérieures et de l'hypertrophie des ligaments inter épineux : le canal lombaire rétréci.

Cette sténose canalaire peut s'accompagner d'une déstabilisation du rachis lombaire avec parfois un ou plusieurs spondylolisthésis (glissement d'une vertèbre sur une autre) ou sous forme d'une incurvation à type de scoliose.

L'exploration radiologique doit comporter l'injection épidurale d'un produit radio opaque de façon à objectiver l'obstacle canalaire et qui sera sensibilisé par des clichés dynamiques en hyper flexion et en hyper extension : c'est la sacroradiculographie.



Le scanner opacifié (myéloscanner) montre l'origine de la sténose et permet la mesure des dimensions du canal rachidien. Il permet en outre de visualiser une éventuelle hernie discale associée qui nécessitera sa cure en plus de la libération rachidienne.



Le traitement est représenté en principe par la libération rachidienne postérieure : la laminectomie ou la lamino-arthrectomie associée ou non à une fixation rachidienne par du matériel d'ostéosynthèse en cas d'instabilité potentielle ou de déformation rachidienne associée.