

Université Badji Mokhtar Annaba

Faculté de médecine Annaba

Année 2020

Hernie Discale Lombaire

Cours pour Etudiants en 4^{ème} Année Médecine

Dr Feknous .S

Maitre Assistante en Neurochirurgie

CHU Ibn Rochd Annaba

Objectifs pédagogiques :

- 1- Connaître le Mécanisme Physio- pathologique d'une Hernie Discale Lombar.
- 2- Savoir Poser le Diagnostic d'une Hernie Discale Lombar.
- 3- Définir les Situations ou la prise en charge chirurgicale est Urgente.

Sommaire

I – Introduction.

II - Rappel Anatomo- Physiologique .

III- Diagnostic Clinique de la Sciatique.

IV- Examens Complémentaire.

V - Formes Clinique.

VI - Traitement.

Bibliographie

Hernie Discale Lombaire

I Introduction -Définition [1] :

La sciatique radiculaire par hernie discale est très fréquente chez l'Adulte et représente environ 25 à 30% de l'activité opératoire.

La névralgie sciatique traduit la souffrance des racines L5 ou S1 comprimées par la hernie du disque intervertébral dans le canal rachidien.

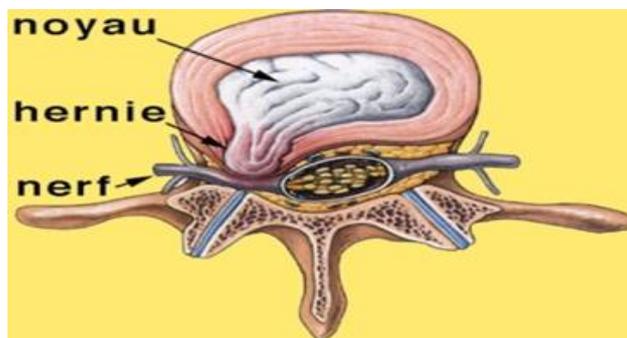


Figure 1 : Compression d'une Racine par Hernie Discale [2]

II Rappel Anatomique –physiologique [1]:

Le disque intervertébral (Nucléus Pulposus et Anneau Fibreux périphérique) est limité en arrière par le ligament vertébral dorsal qui lui est fortement adhérent, ce ligament est richement innervé.

Sous la poussée de la hernie, ce ligament est responsable de la douleur rachidienne et de la contracture musculaire réflexe qui l'accompagne : c'est le **lumbago**.

La migration d'un fragment de nucléus à travers la partie postérieure de l'anneau fibreux, accompagnée parfois de rupture du ligament vertébral postérieur, entraîne la compression d'une racine nerveuse, ce conflit disco-radiculaire est à l'origine de la souffrance de l'élément nerveux : c'est la **sciatalgie**.

III Diagnostic Clinique de la Sciatique :

Le diagnostic d'une sciatique discale repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique :

L'interrogatoire retrouve un passé lombalgique ancien.

➤ **Signes fonctionnels :**

La douleur est décrite radiculaire est décrite comme un élancement ou un étirement elle est très précise dans son trajet.

Le territoire L5 : correspond à la face postérieure de la fesse, à la face postéro externe de la cuisse, au creux poplité, à la face externe du mollet et au dos du pied pour se terminer vers le gros orteil.

Le territoire S1 : intéresse la face postérieure de la fesse, la face postérieure de la cuisse, et du mollet, le Tallon et le bord externe du pied et les derniers Orteils.

Ces douleurs sont accompagnées par des paresthésies à type de fourmillements dans le même Dermatome.

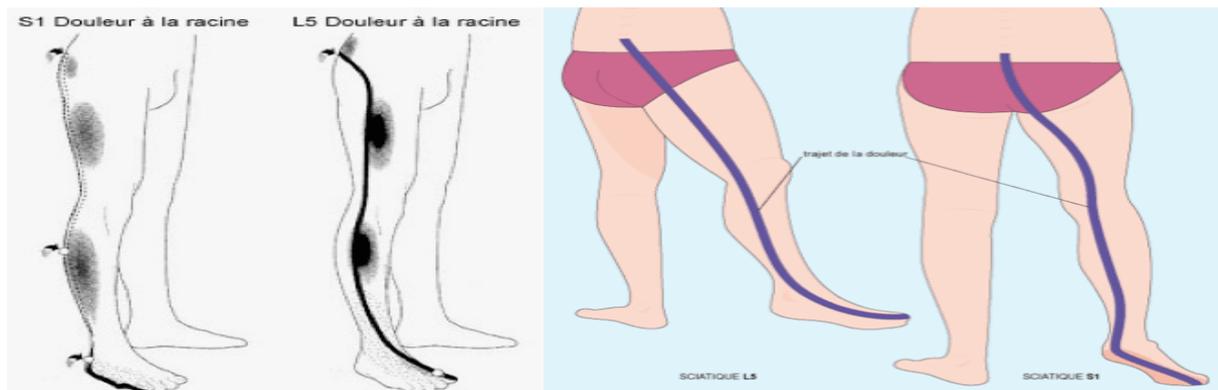


Figure 2 : Trajectoire de la sciatgie L5 et S1 [2]

➤ **L'examen Clinique** : A la recherche du

❖ **Syndrome Rachidien** :

- Une attitude antalgique, une cyphose, on vérifie la possibilité de mouvement dans le plan sagittal et le plan frontal.

- La distance doigt -sol pour mettre en évidence un blocage rachidien.

- Signe de la Sonnette positif.

❖ **Syndrome Radiculaire :**

- La Trajectoire de la Sciatgie (trajet postérieurS1, ou postéro externeL5).
- Signe de Lasèque, Si cette manœuvre est cotée en dessous de 20° elle témoigne d'une forte compression radiculaire.
- Rechercher un déficit Moteur.

IV Examens Complémentaires :

1- **La Radiographie Standard :** du rachis lombo sacré

Elle permet de vérifier l'état du rachis sa statique, la qualité de l'os, permet aussi d'analyser la hauteur des disques.

2- **Le Scanner :**

Permet de voir la Hernie sa localisation, son importance, et son degrés de compression radiculaire.

3- **L'IRM :**

N'est utile que s'il y'a une discordance Radio Clinique, et que le Scanner ne décèle pas la hernie ou s'il s'agit d'une récive après intervention chirurgicale.

V Formes Cliniques [3-4] :

• **La Cruralgie :**

Le trajet douloureux intéresse la face antérieure de la cuisse et parfois irradie à la face interne de la jambe.

• **La Sciatique Parésiante :**

Diminution de la force musculaire, nécessite un traitement chirurgical afin de récupérer la force musculaire si le traitement médical n'est pas efficace.

• **La Sciatique Paralysante (Urgence Chirurgicale) :**

Le déficit moteur est franc, avec disparition de la douleur. Le pronostic fonctionnel est réservé, et nécessite un traitement chirurgical en urgence.

• **La Sciatique Hyperalgique (Urgence Chirurgicale) :**

La souffrance aigue cloue le patient au lit, rebelle aux Anti- inflammatoires, nécessite un traitement chirurgical en urgence.

• **Le Syndrome de la Queue de Cheval (Urgence Chirurgicale) :**

Associe des troubles sphinctériens, anesthésie en selle, et déficit moteur un traitement chirurgical en urgence est primordial.

VI Traitement :

❖ Traitement Médical :

Antalgiques, Anti- inflammatoires, Myorelaxants.

Repos et Hygiène de vie.

La Kinesithérapie.

❖ Traitement Chirurgical.

Par un Abord interlamineaire, discéctomie et foraminotomie de la racine comprimé.

Bibliographie :

[1]-P.Grellier Sciatalgie, cruralgie et canal lombaire étroit , Encycl Med Chir : 4092, A10, 1980, 39 - 395.

[2]-<https://chirurgie-colonne.com/wp-content/uploads/2014/09/1.jpg>

[3]-M .Johnson JO Neher L. St Anna Clinical inquiries. How effective – and safe – are systemic steroids for acute low back pain . J Fam Pract 2011 (60) [Medline]

[4]- I . Lazarou S Genevay M Nendaz Utilisation de corticostéroïdes lors de lomboradiculalgies par hernie discale. Rev Med Suisse 2011 .