



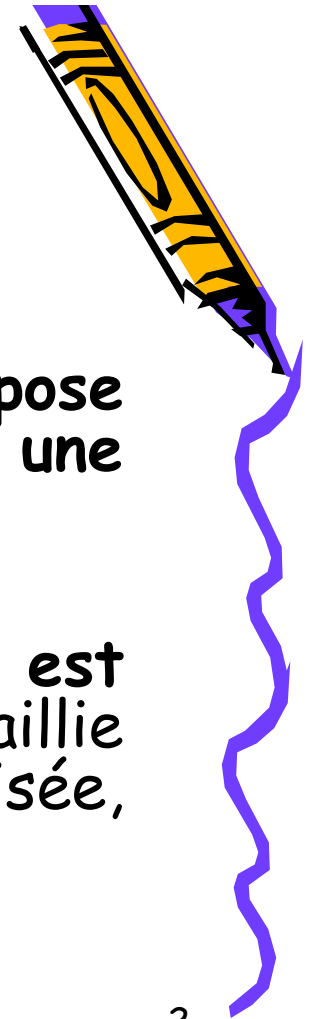
LA SCIATIQUE PAR HERNIE DISCALE

Pr M. BOUAZIZ
Chef Service de neurochirurgie
CHU ANNABA

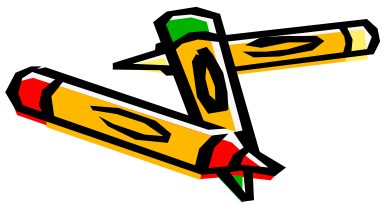
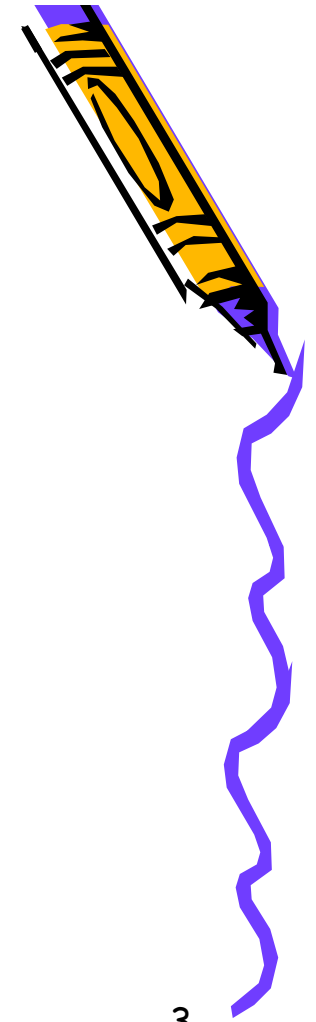
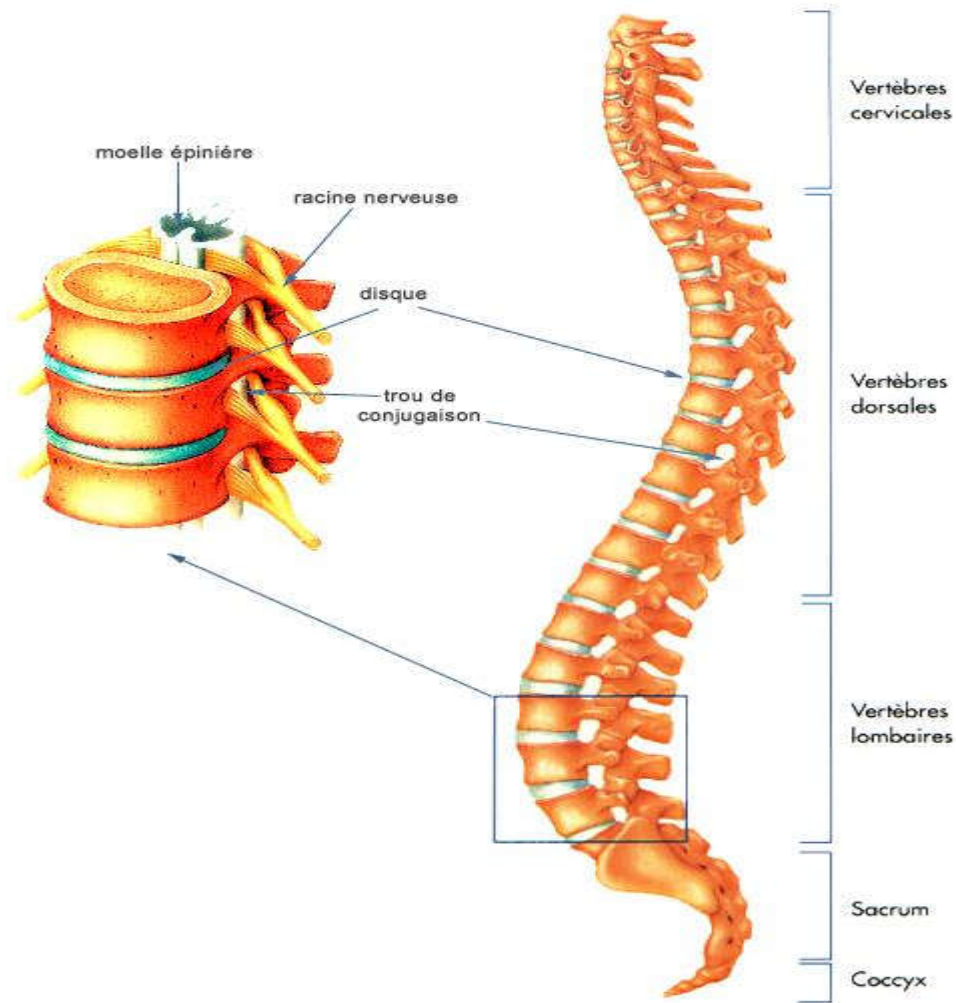


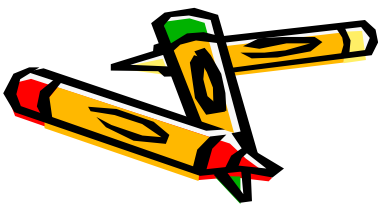
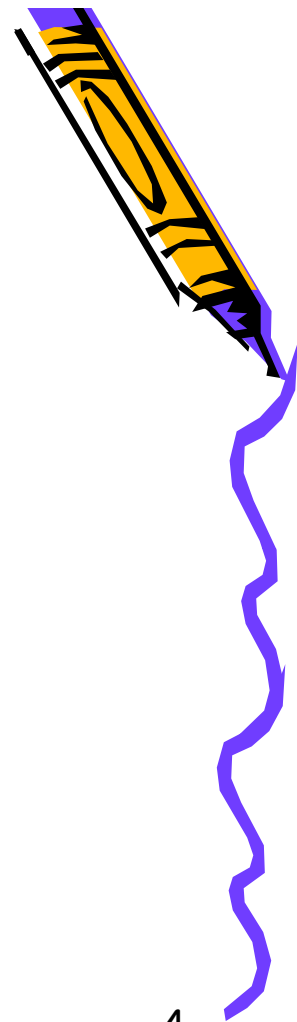
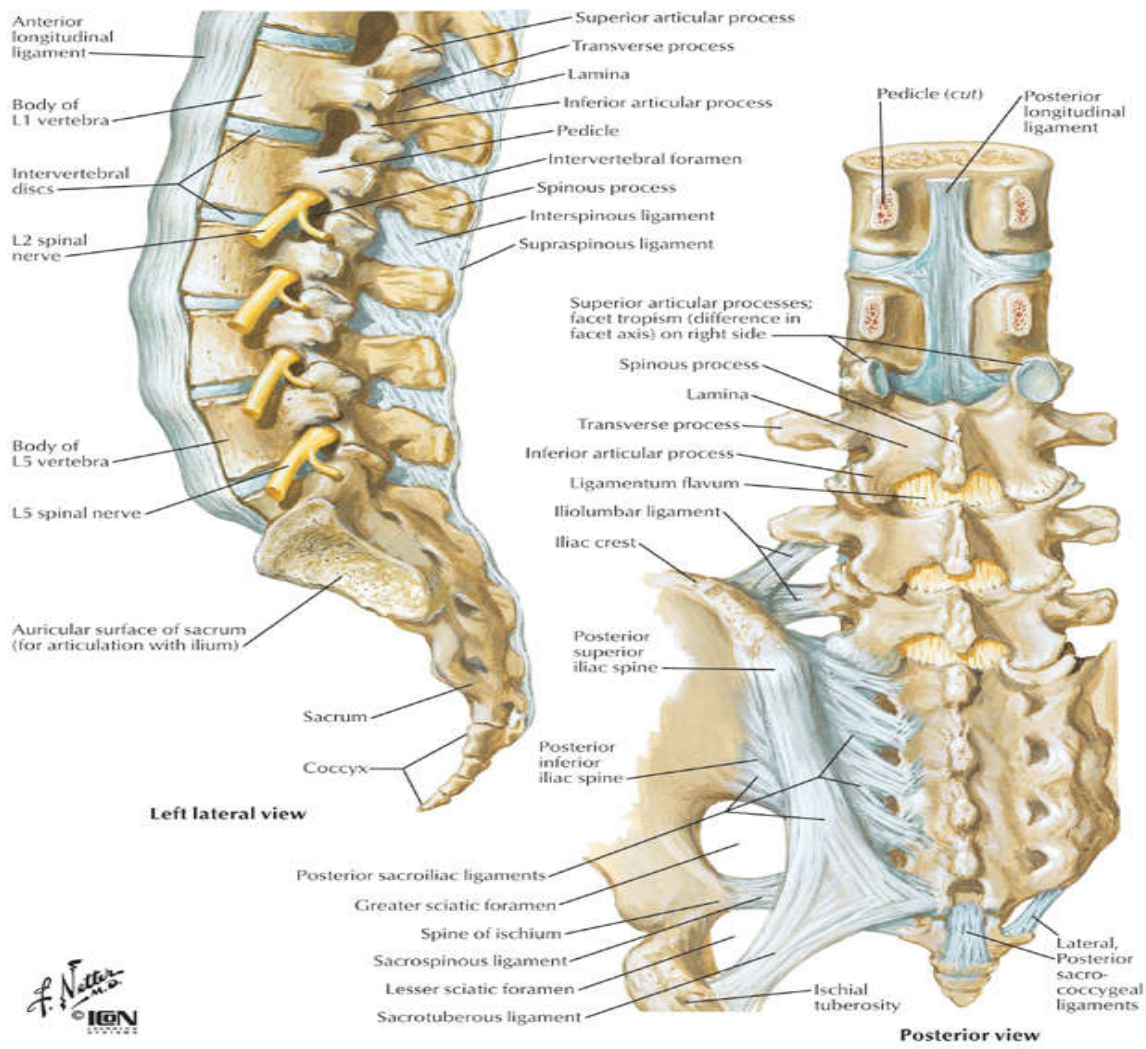
DEFINITION - GENERALITES

- C'est l'inflammation d'une racine qui compose le nerf sciatique, L5 ou S1, causé par une hernie du disque L4-L5 ou L5-S1.
- La définition de la hernie discale est anatomiquement très précise. C'est une saillie localisée, postérieure et plus ou moins latéralisée, d'un disque.



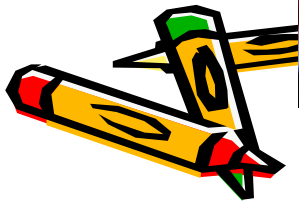
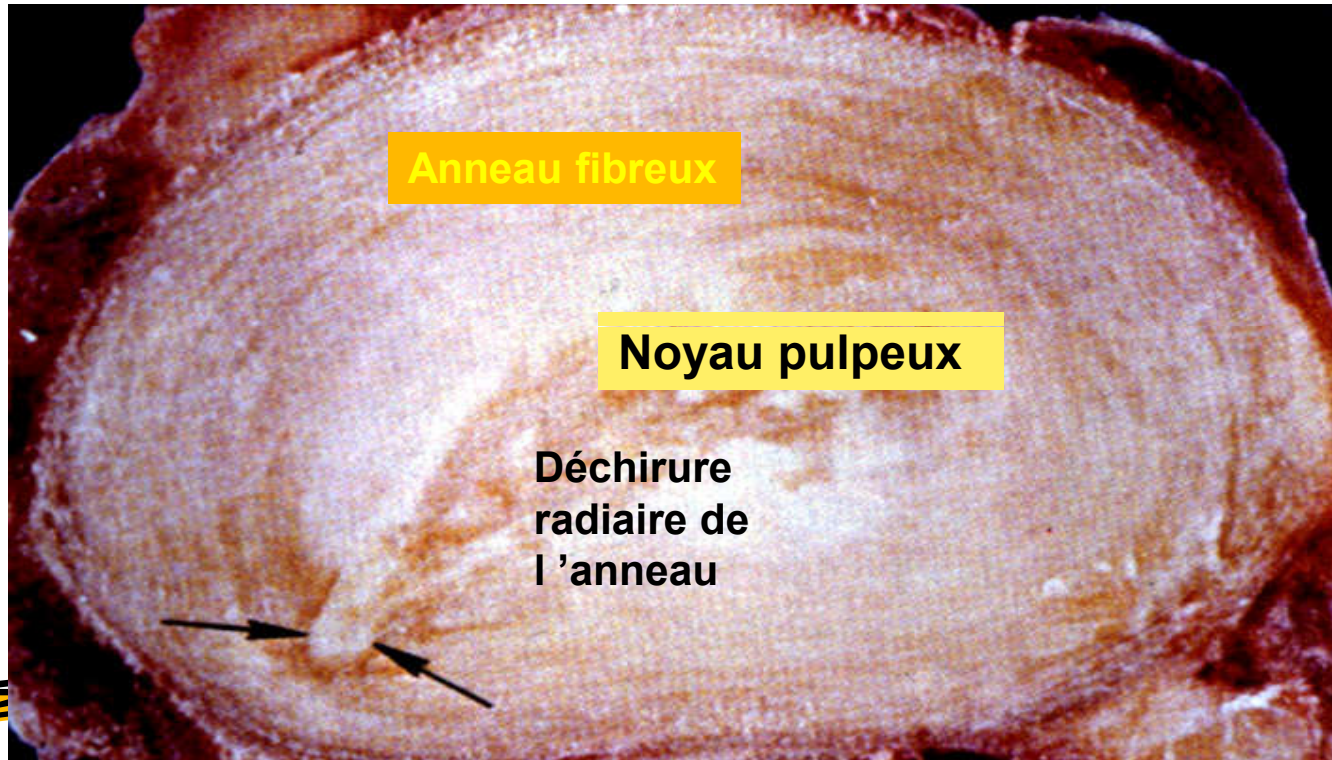
La colonne vertébrale



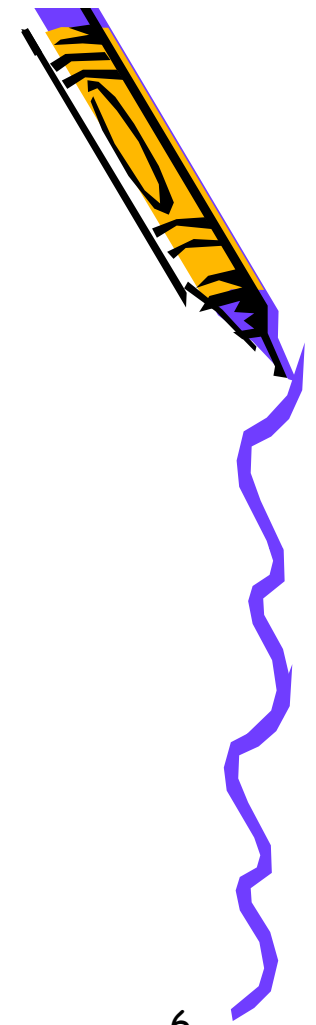
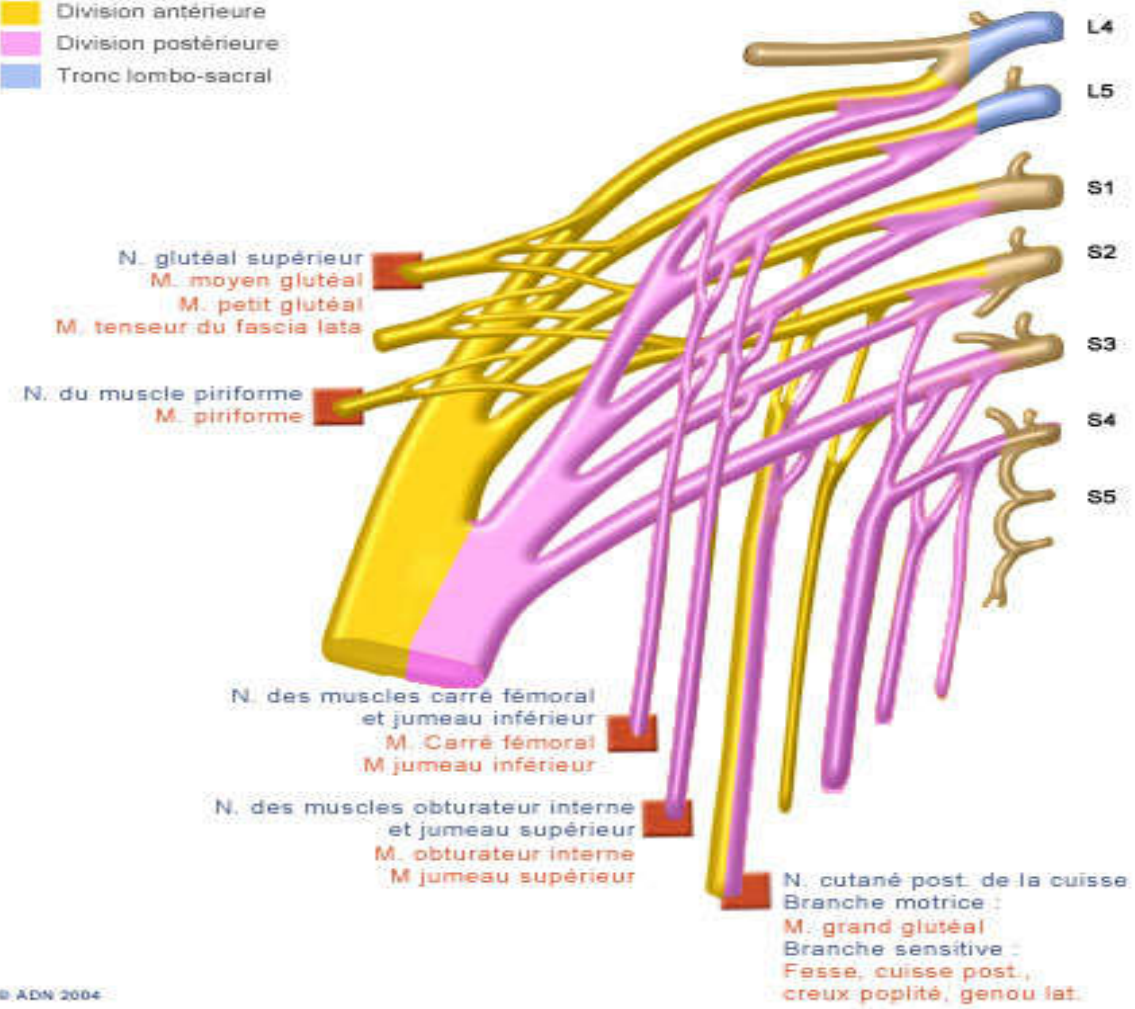


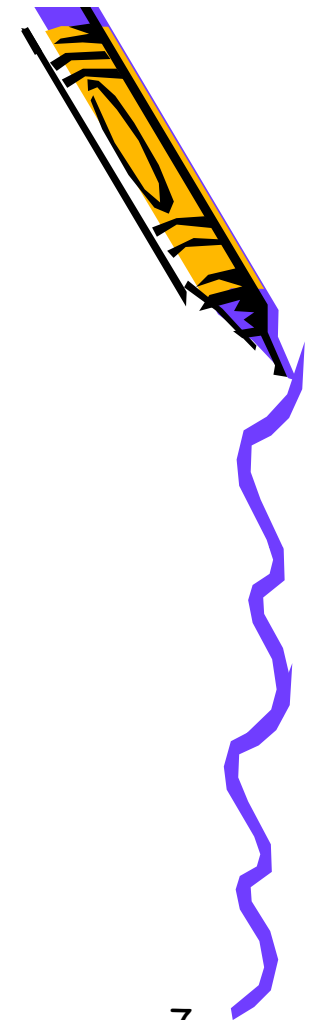
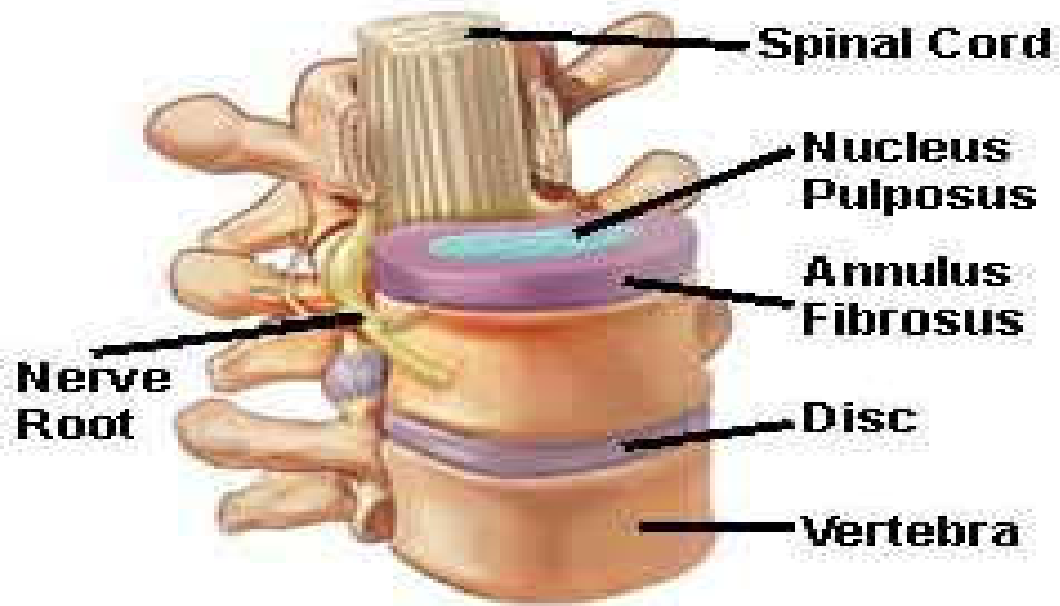
F. Netter M.D.
© IGVN

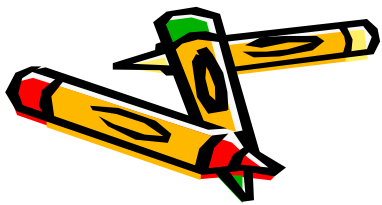
Disque



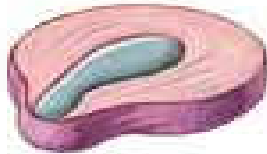
- Division antérieure
- Division postérieure
- Tronc lombo-sacral







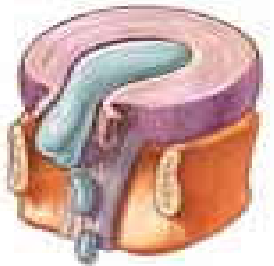
Disc Degeneration



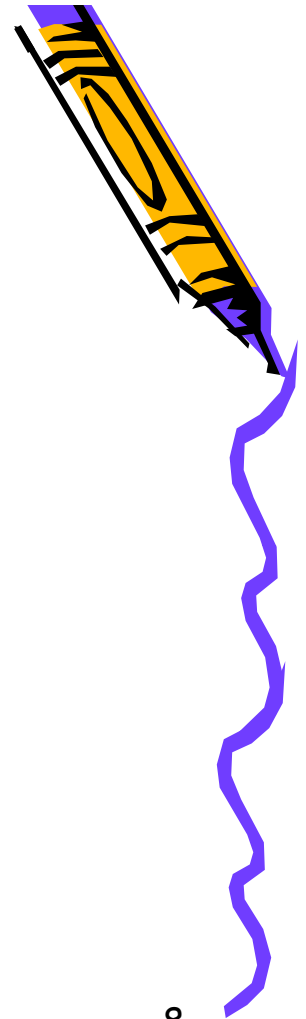
Prolapse

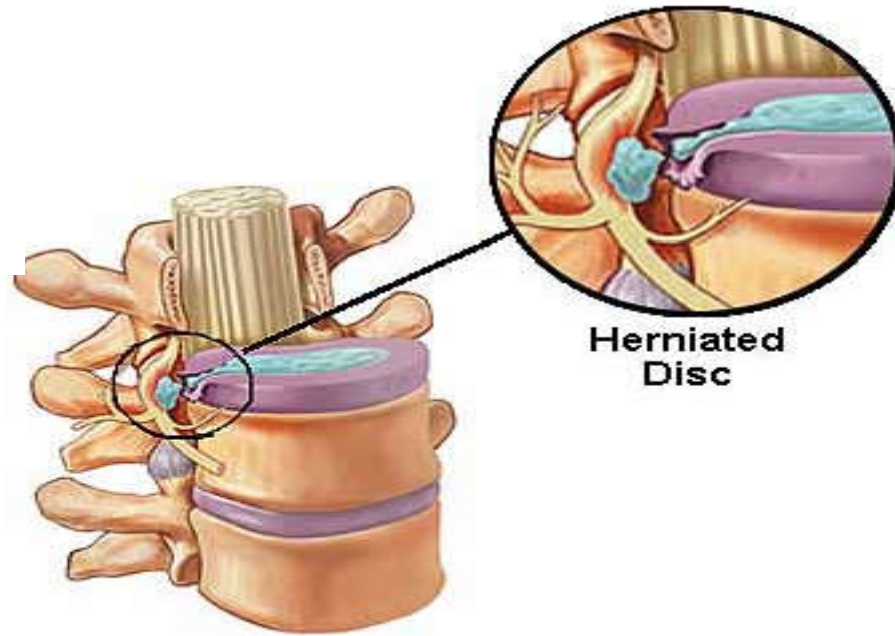
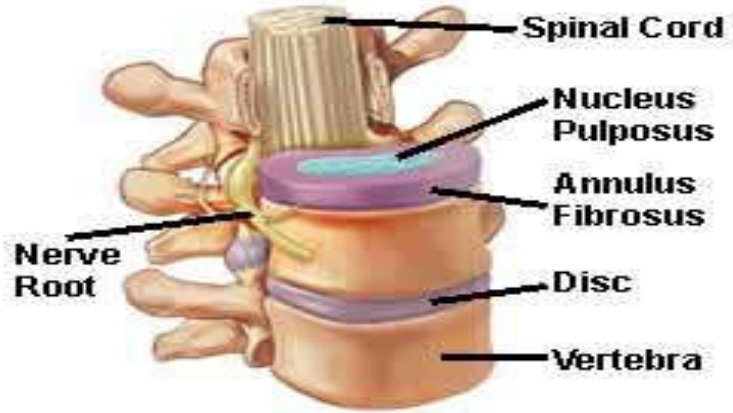


Extrusion

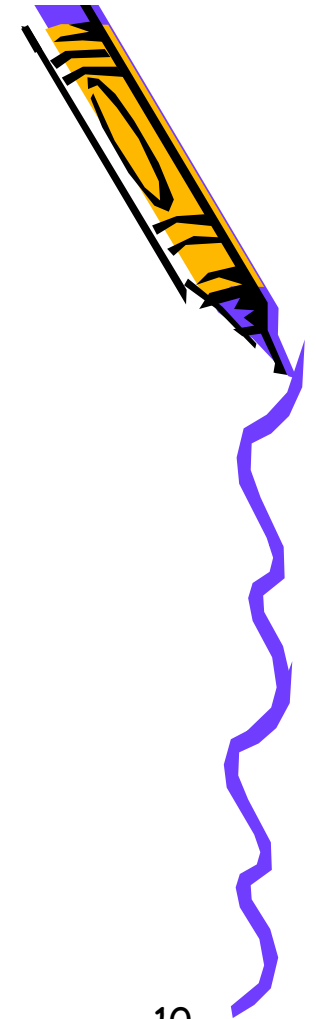
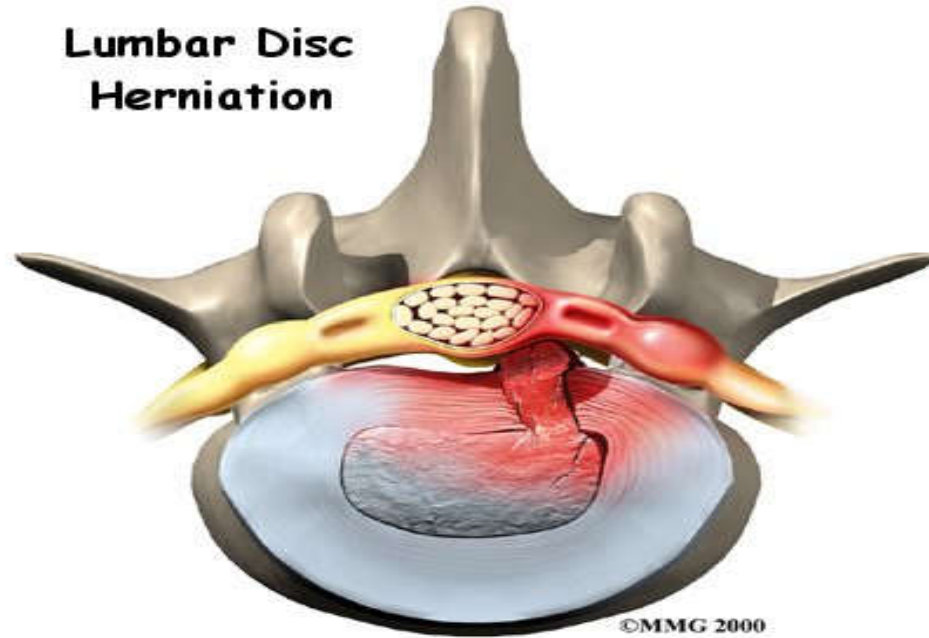


Sequestration

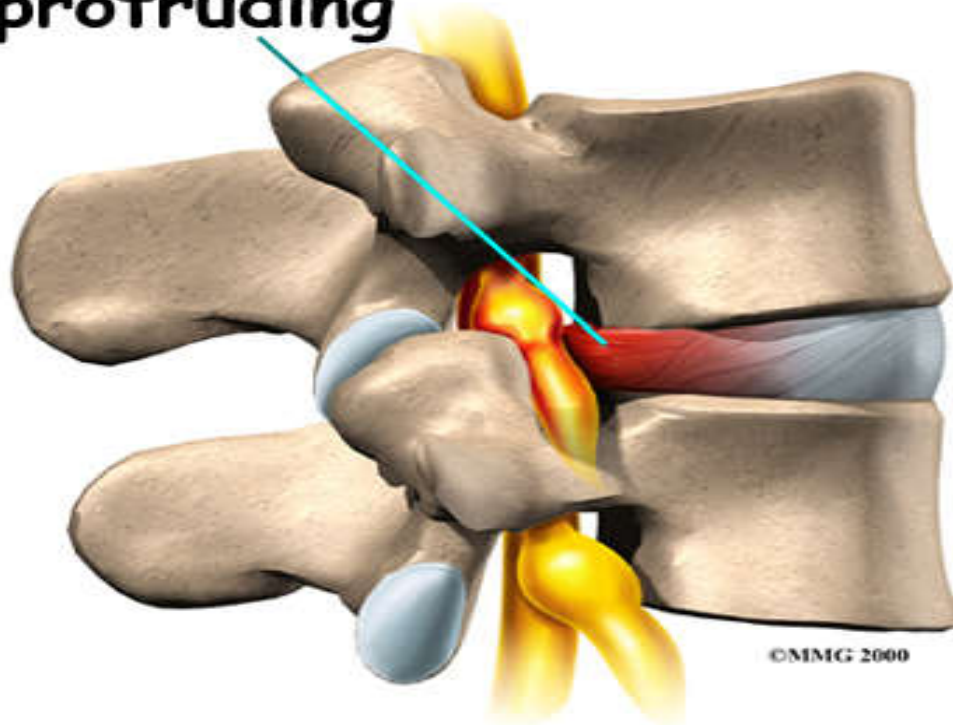




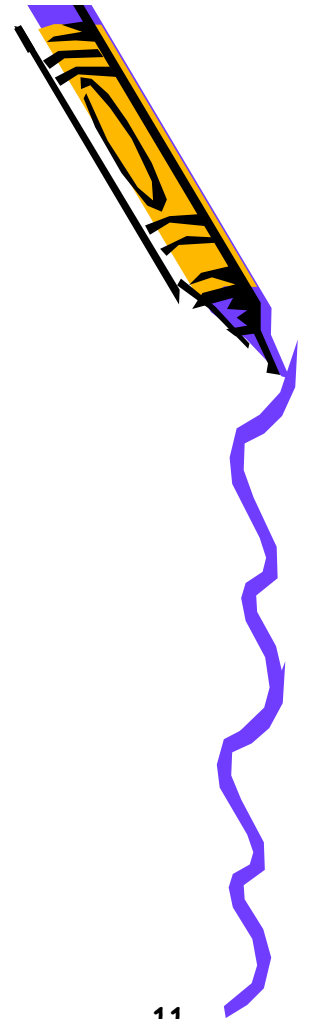
**Lumbar Disc
Herniation**



Herniated disc protruding



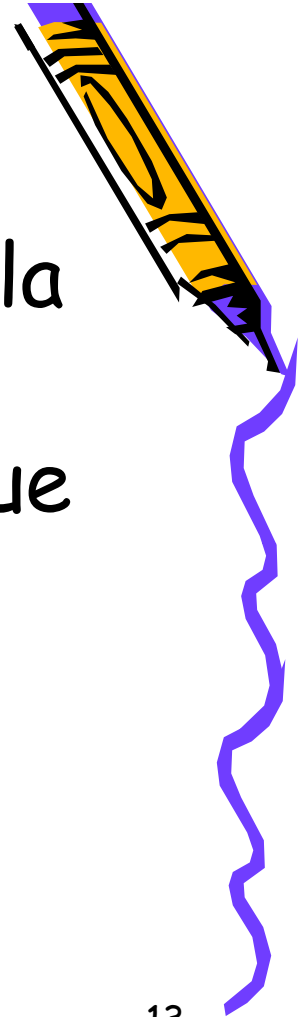
©MIMG 2000



Charnière lombo-sacré



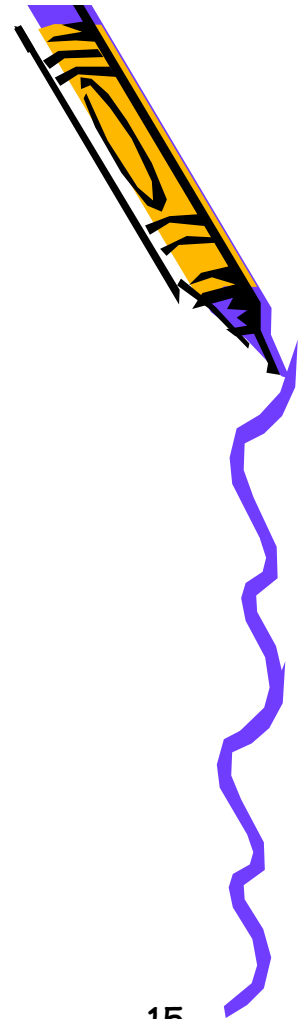
- C'est en règle une complication de la discopathie dégénérative. Sa fréquence est très grande (sciatique commune ou sciatique tout court), vers la quarantaine et plus souvent chez l'homme.



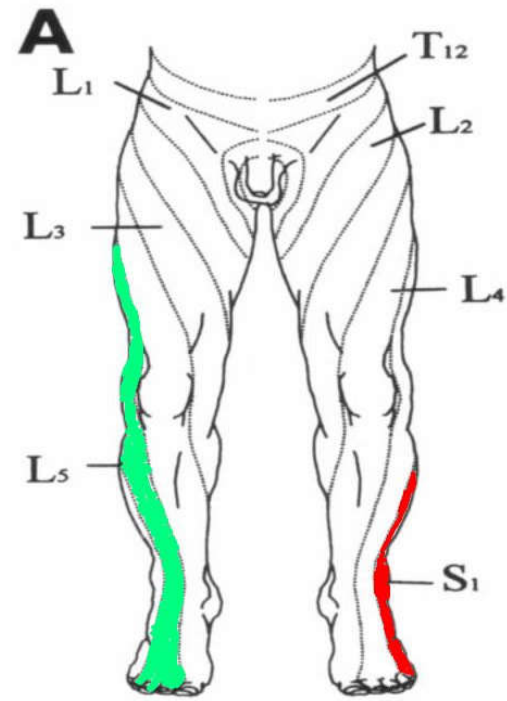
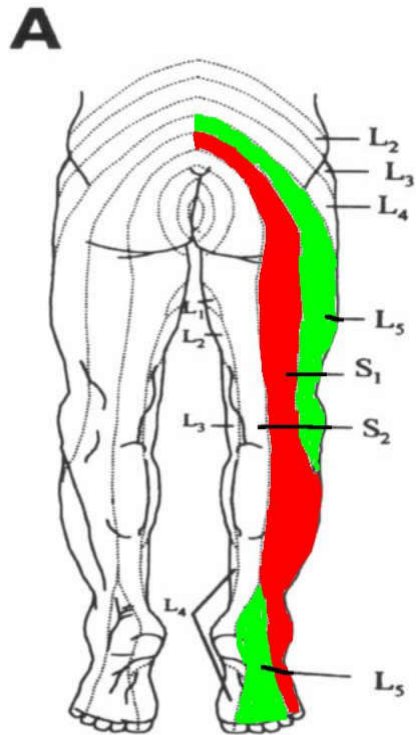
- En principe, elle **exceptionnelle pas avant 18 ans et devient rare après 60 ans.**



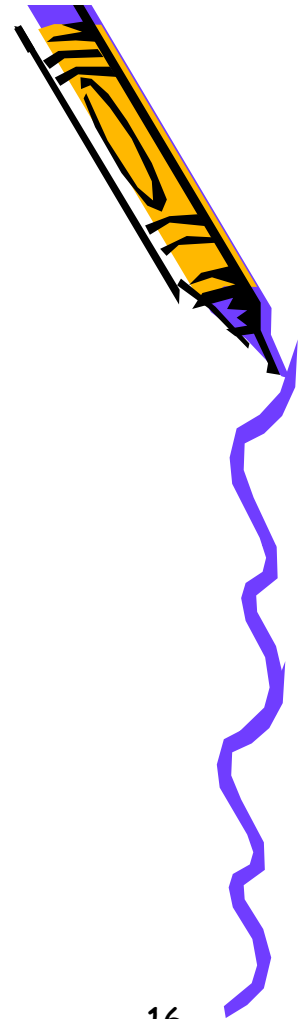
LE DIAGNOSTIC D'UNE SCIATIQUE



Topographique

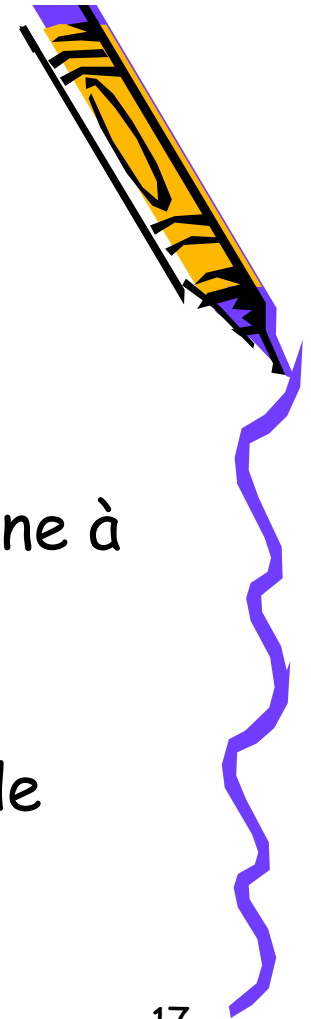


-  Territoire S1
-  Territoire L5

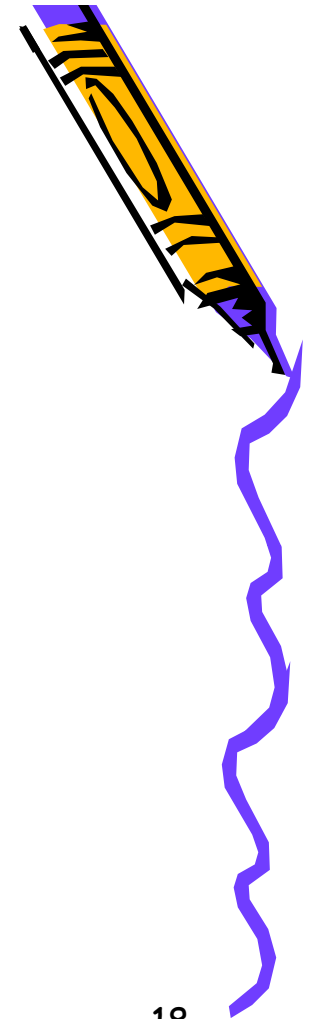


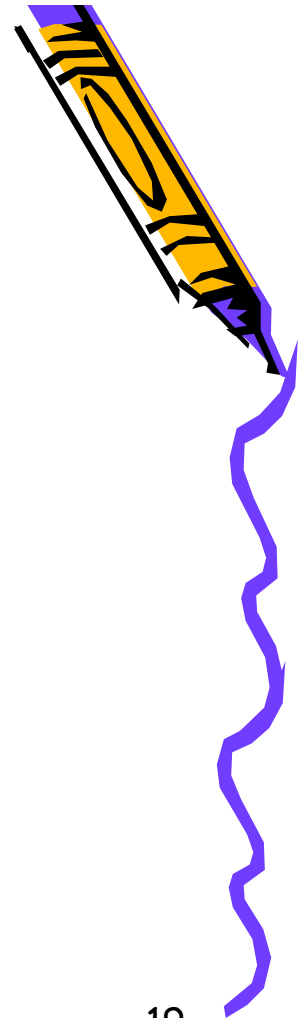
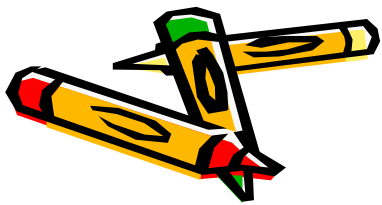
LA CLINIQUE

- un passé lombalgique avec souvent:
- **une douleur mécanique** variant de la petite gêne à la forme hyperalgique.
- **une raideur lombaire** avec parfois une attitude antalgique : rectitude ou cyphose.



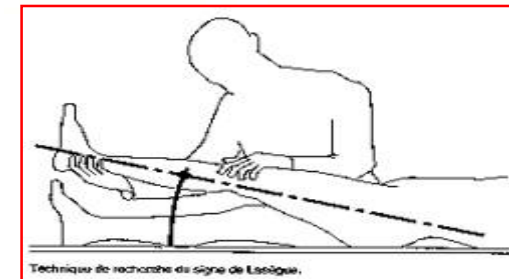
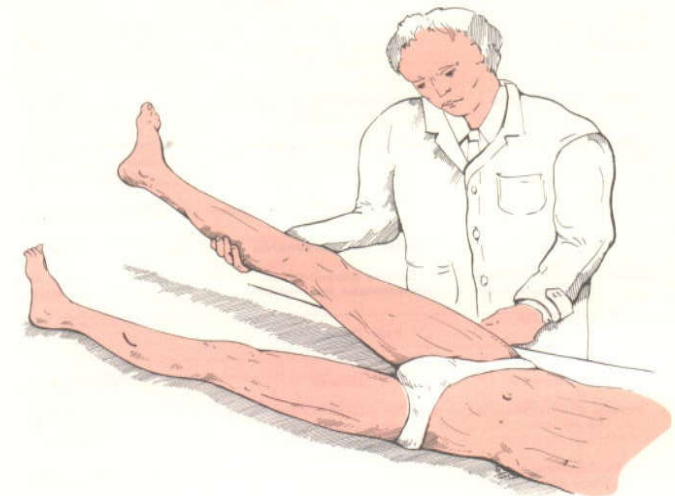
une raideur lombaire attitude antalgique

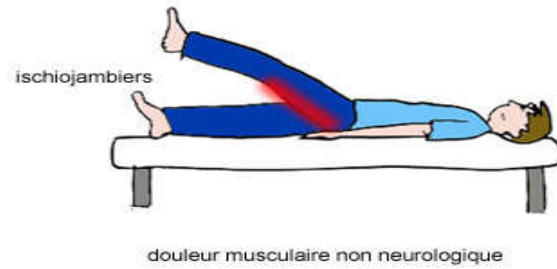
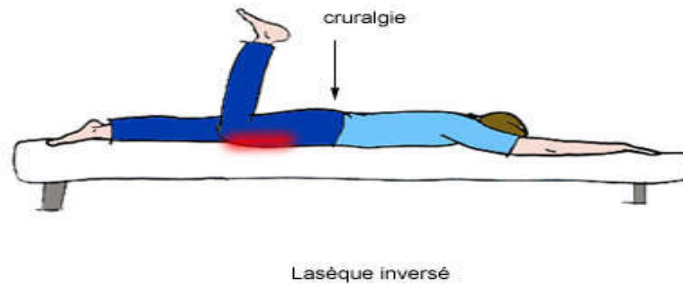
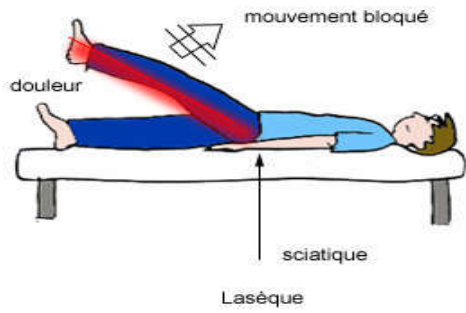




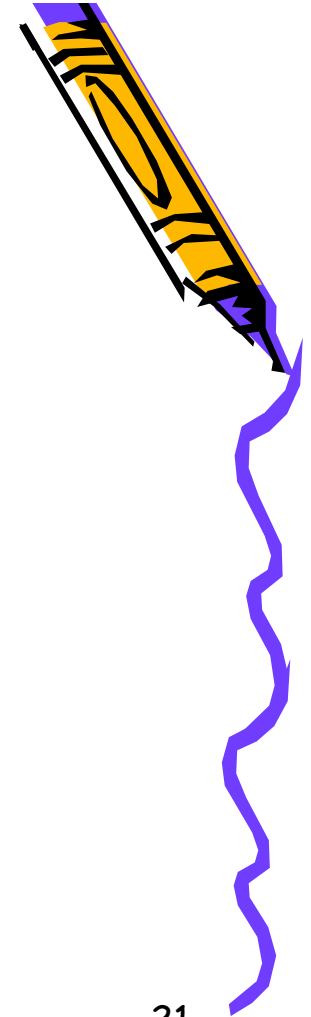


- un **signe de Lasègue**, le soulèvement automatique de la fesse lors de l'élévation du membre inférieur est un signe objectif de haute valeur et qu'en son absence il faut contrôler la réalité du signe en faisant asseoir le malade jambes tendues.

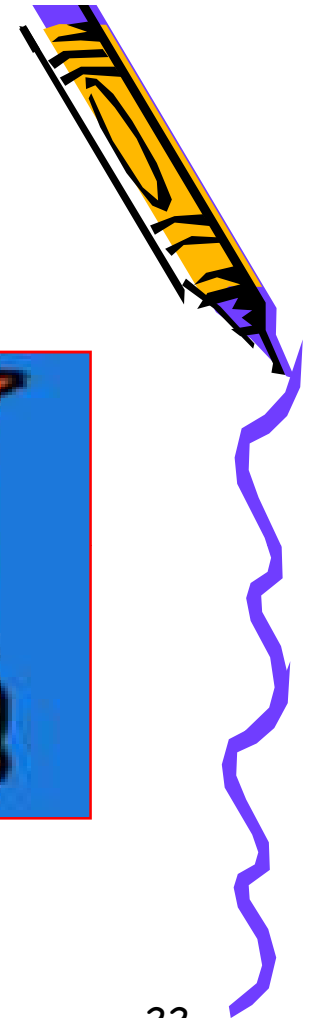




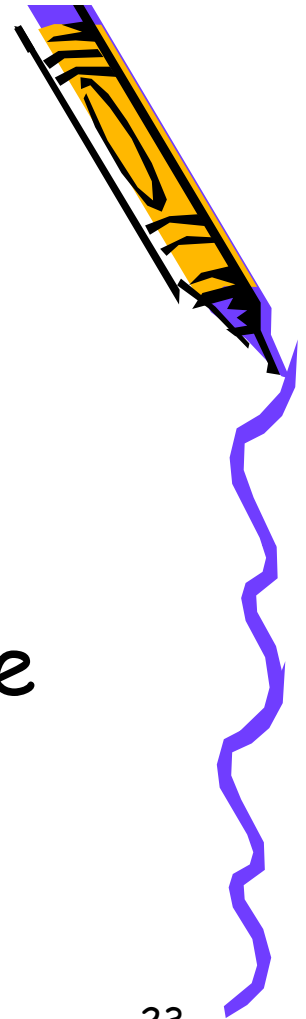
www.lombalgie.fr



- **une abolition du réflexe achilléen** (du côté de la sciatique) qui a une très bonne valeur d'organicité, mais qui n'existe que pour la sciatique S1.
- **parfois un Lasègue controlatéral**, une hypoesthésie ou parésie L5 ou S1 du gros orteil,



- **Jamais** : de sciatique commune bilatérale, paralysie, trouble sphinctérien, ou atrophie musculaire



radios simples du rachis lombaire

Dévi-
ation
scolio-
tique



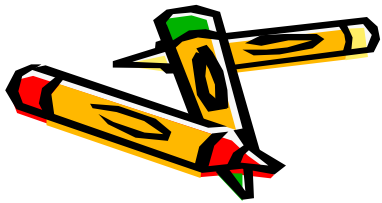
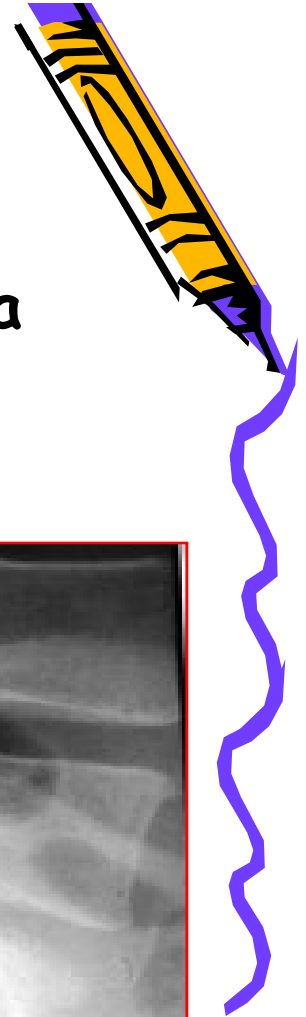
Inver-
sion
de la
lordose



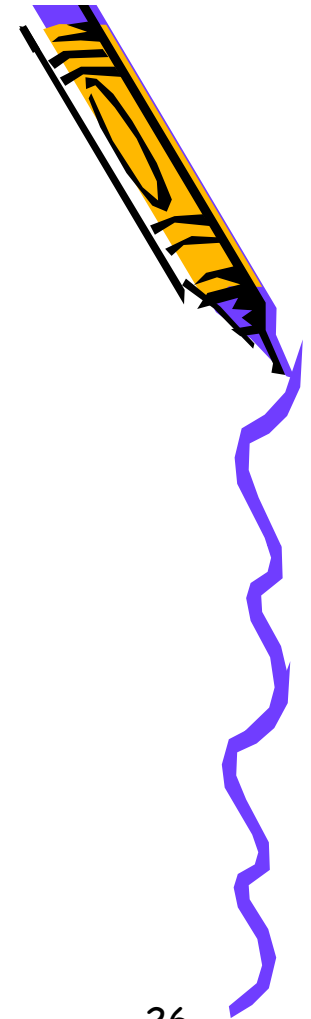
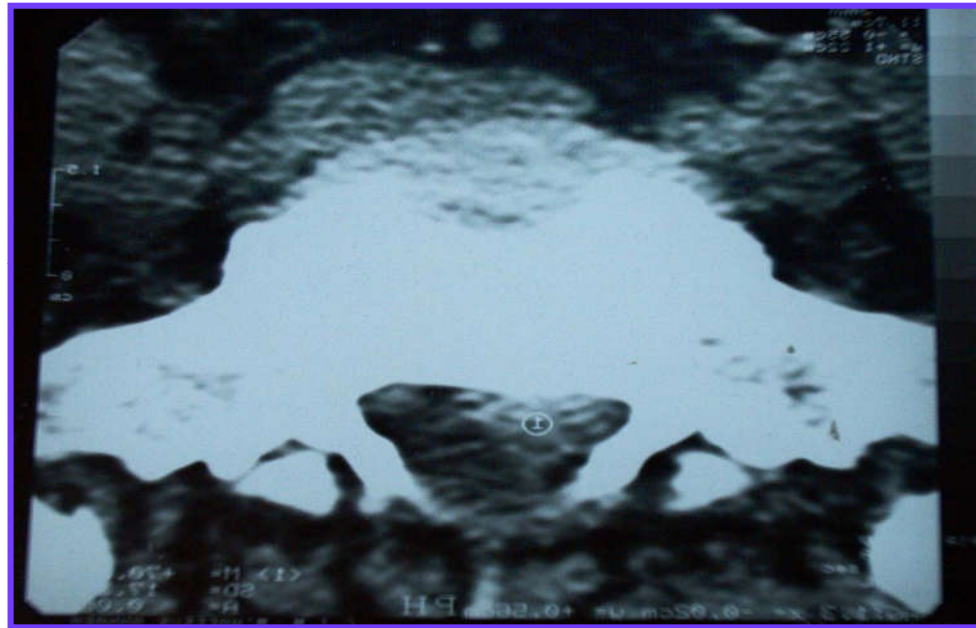
Saccoradiculographie



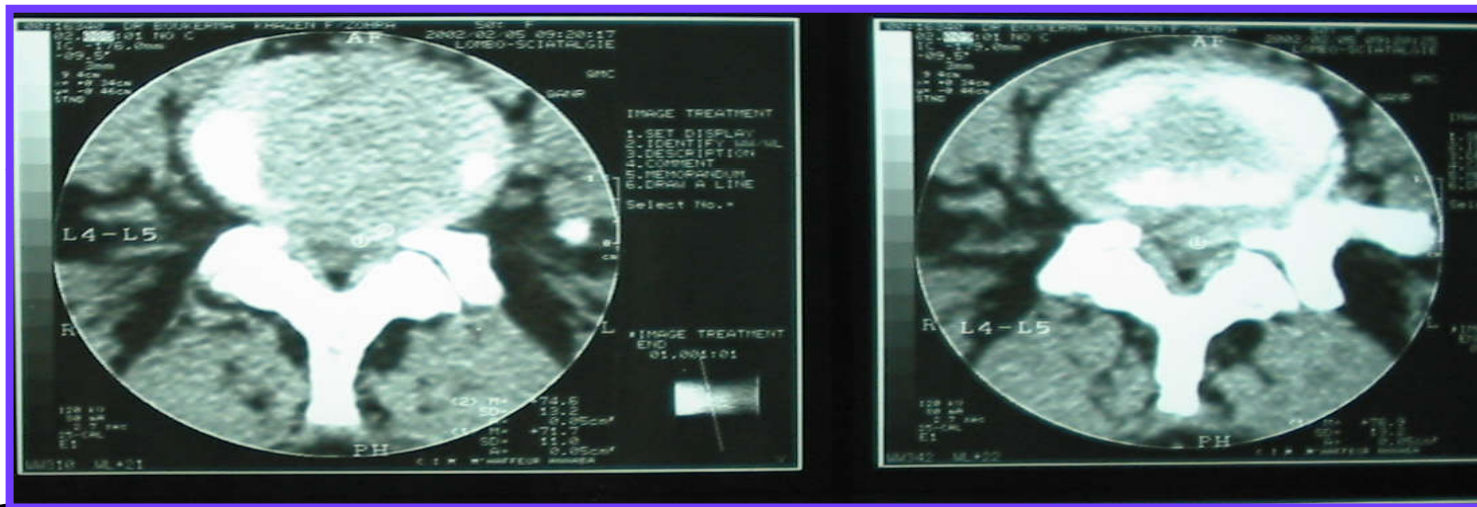
Amputation de la
racine



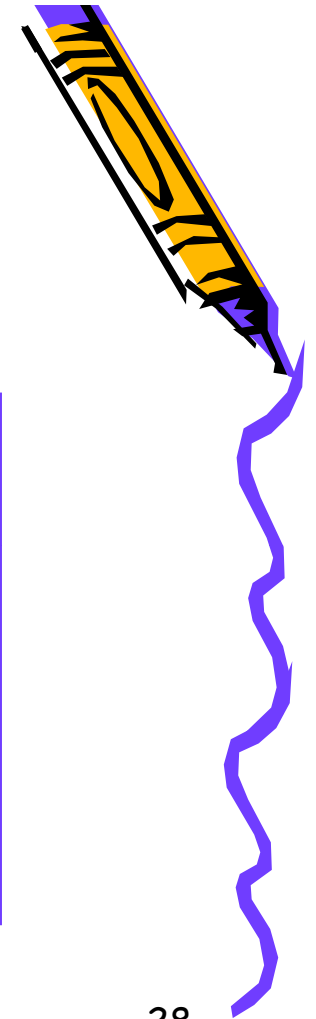
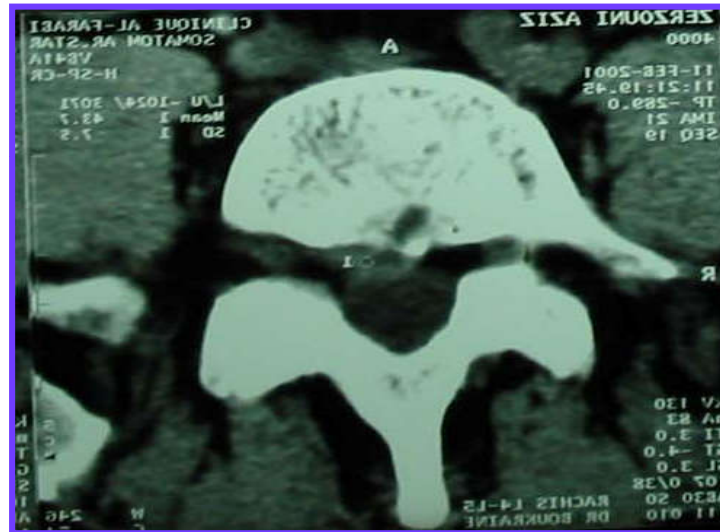
SCANNER LOMBAIRE



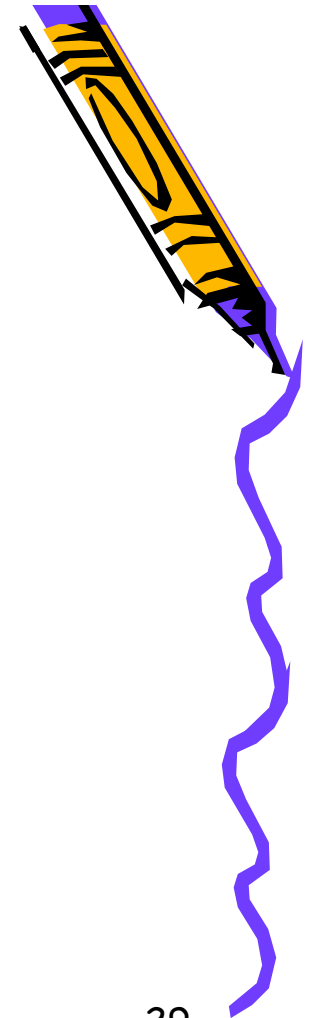
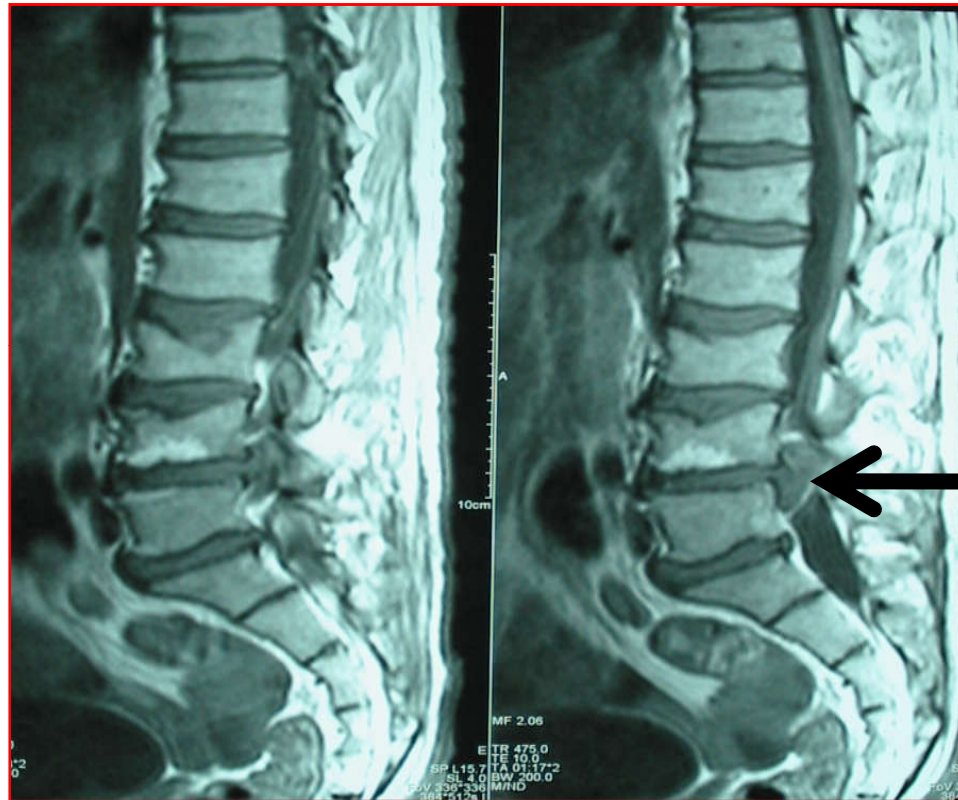
SCANNER LOMBAIRE



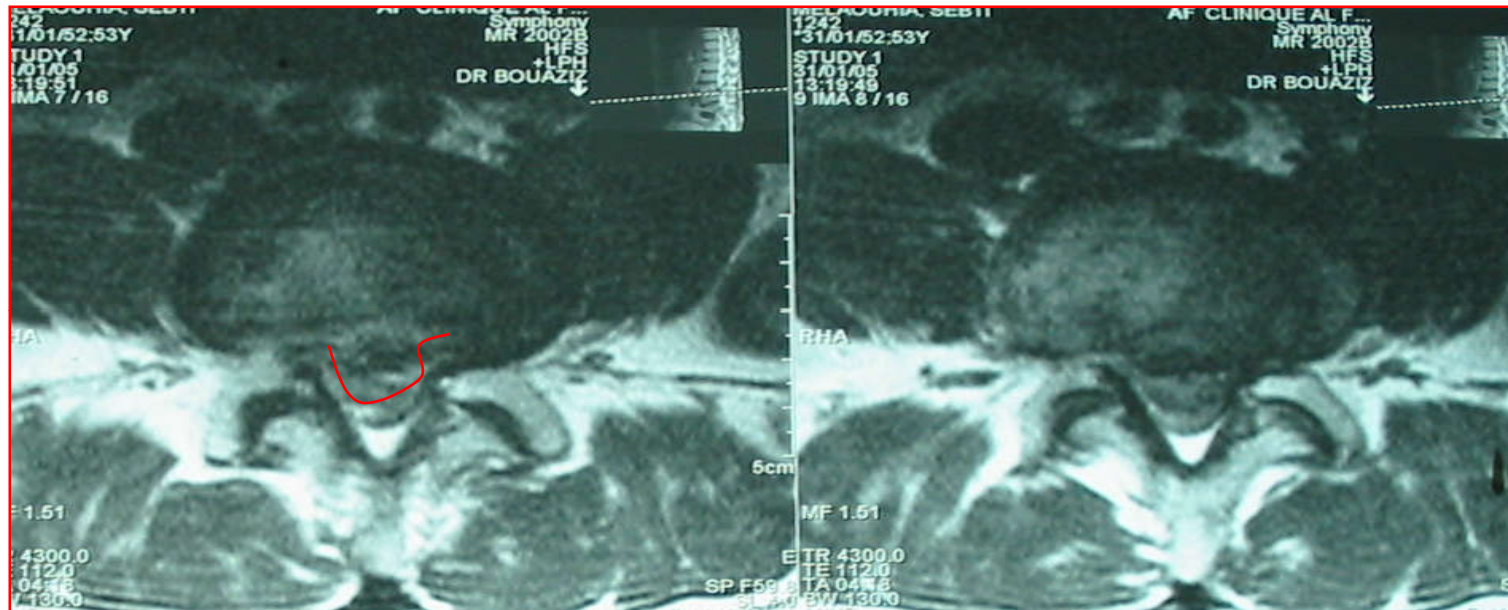
SCANNER LOMBAIRE



IRM lombaire



IRM lombaire

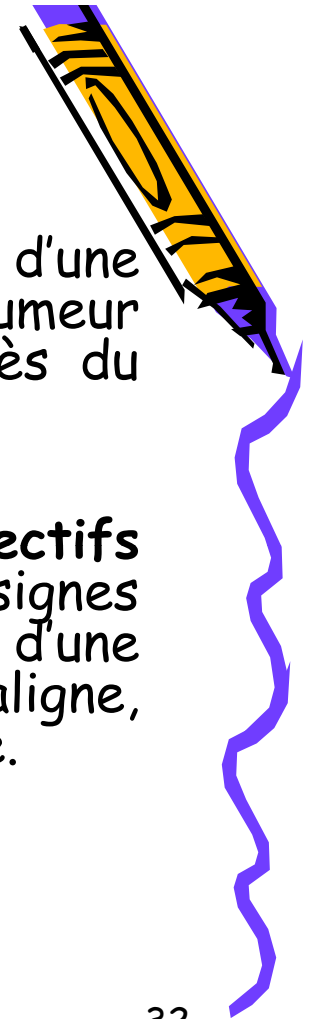


LES SCIATIQUES AUTRES QUE PAR HERNIE DISCALE

- Le diagnostic de sciatique par hernie discale ne pose de problèmes que lorsque le tableau est atypique : durée anormale, douleur nocturne, fièvre, atteinte de l'EG...
- 1- Elle est le plus souvent en rapport avec des lésions dégénératives du rachis arthrose des articulations interapophysaires postérieures,

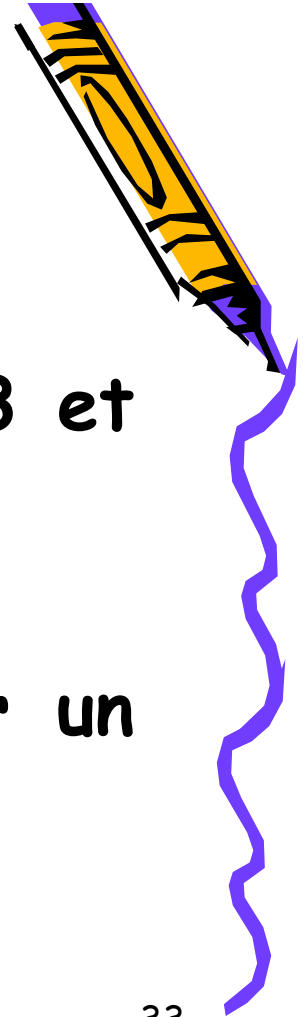


- 2. Une arthrite sacro-iliaque, une spondylodiscite, d'une tumeur vertébrale maligne, un ostéome ostéoïde, une tumeur intra-rachidienne, une épидurite, une tumeur ou abcès du petit bassin ou de la fesse.
- **Il faut se souvenir que les signes cliniques objectifs** (raideur lombaire et Lasègue, avec ou sans signes neurologiques déficitaires) ne sont pas spécifiques d'une hernie discale et peut révéler : tumeur vertébrale maligne, tumeur intra-rachidienne, disco-spondylite ou épидurite.

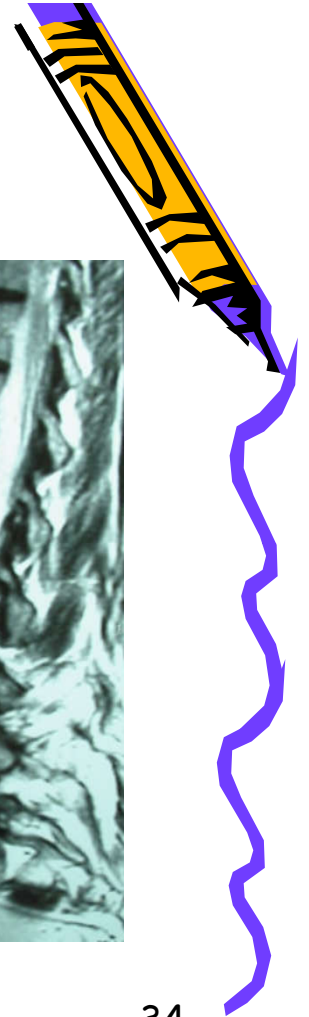
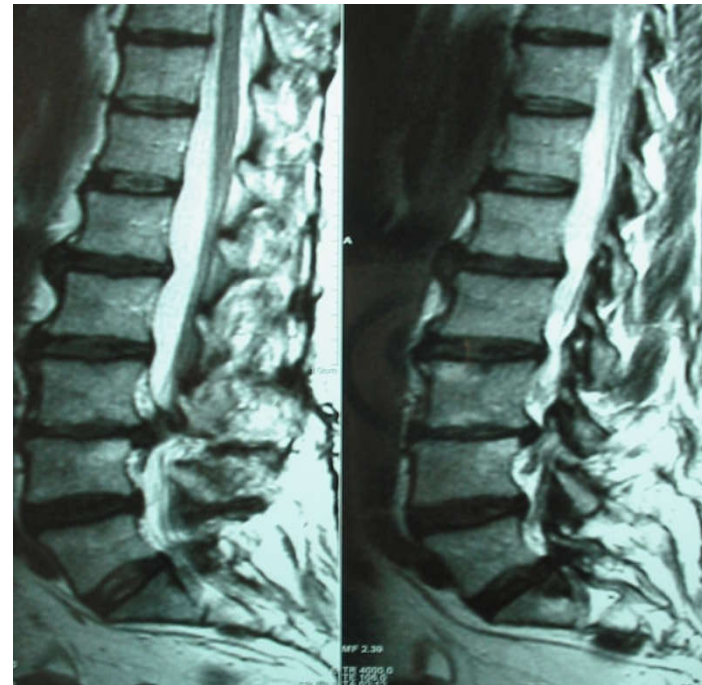


EVOLUTION

- En règle une sciatique guérit entre 3 et 6 mois .
- Si la sciatique est rebelle, proposer un traitement agressif.



Rémission spontanée



TRAITEMENT-MEDICAL

Il associe le traitement de la douleur, de la radiculite et de la hernie.

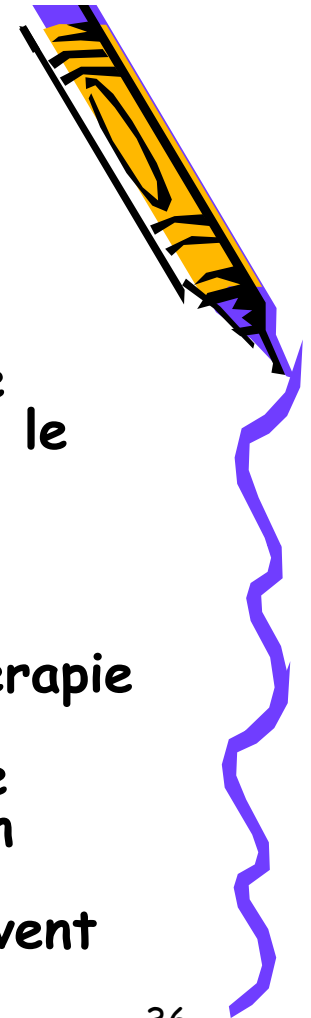
- 1. La douleur : un AINS à forte dose, associé au besoin avec un décontracturant ou une benzodiazépine et un antalgique (paracétamol ou propoxyphène).
- 2. La radiculite : des injections épidurales de corticoïdes réalisés par le 1er trou sacré. Très bon effet antalgique si elle est bien réalisé. Répétition du geste à la demande.





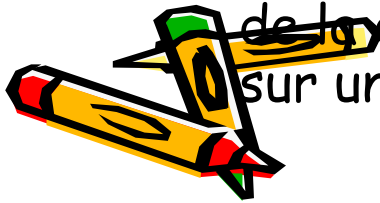
- 3. La hernie : deux sortes de mesures avec:
(1) diminuer les sollicitations mécaniques sur le disque par l'arrêt des efforts de la colonne, le lombostat, le repos au lit,

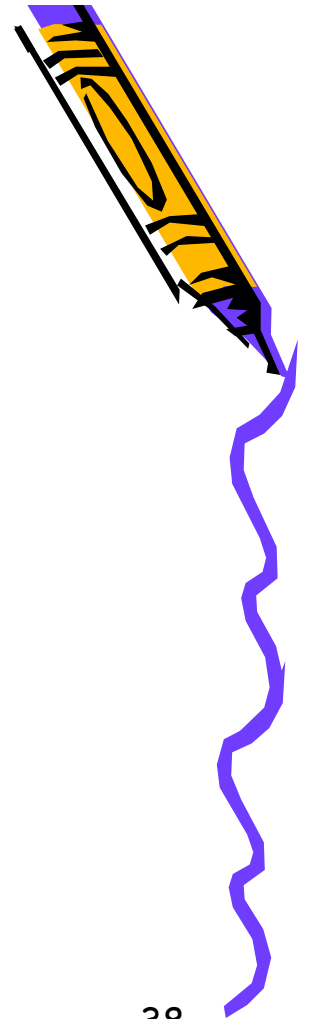
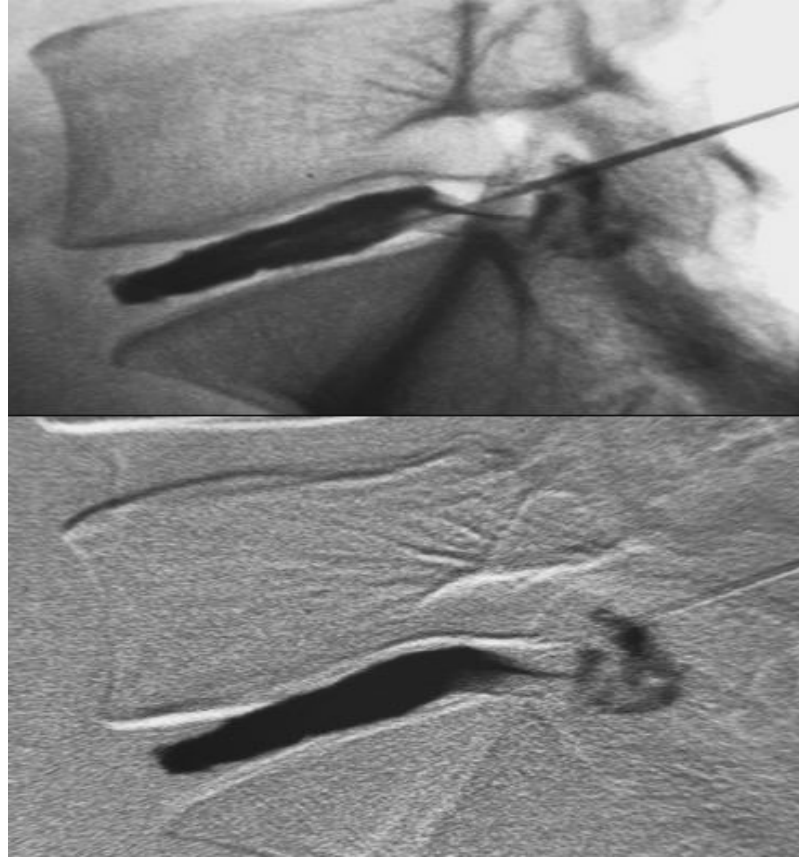
(2) réduire la saillie discale par la vertébrothérapie qui comporte les manipulations. L'effet des tractions et manipulations n'est pas évalué de façon scientifique moderne mais donne environ 70% de bons résultats. Elles doivent être arrêtées dans les quelques cas où elles aggravent la sciatique.



NUCLEOLYSE

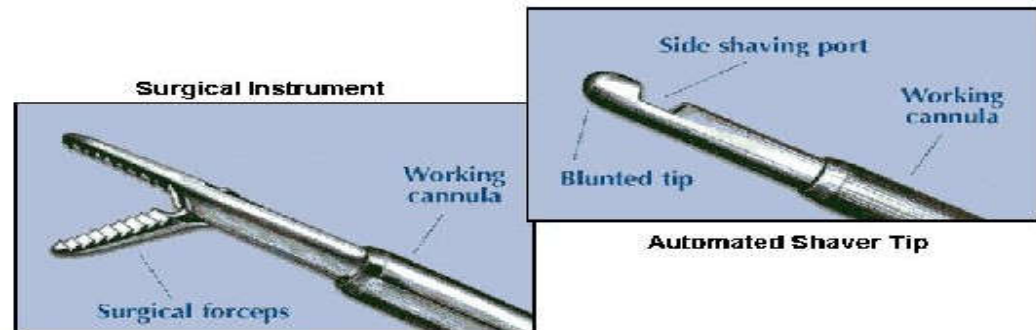
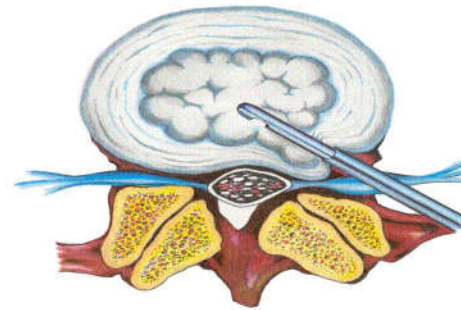
- La nucléolyse : injection intradiscale sous anesthésie locale et discographie de 4000 unités de chymopapaine. Résultats (**très discutés**).
- Les risques sont faibles : choc anaphylactique, infection discale, paralysie si injection mal faite ou fuite extra-discale.
- Limite : hernie exclue avec fuite épidurale lors de la discographie, guérison souvent progressive sur un mois.



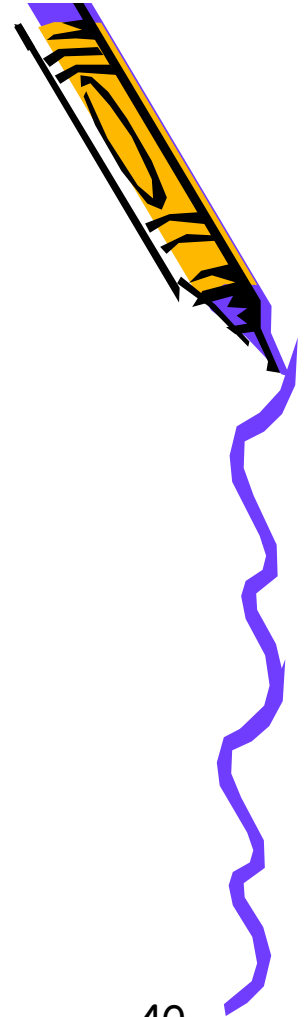
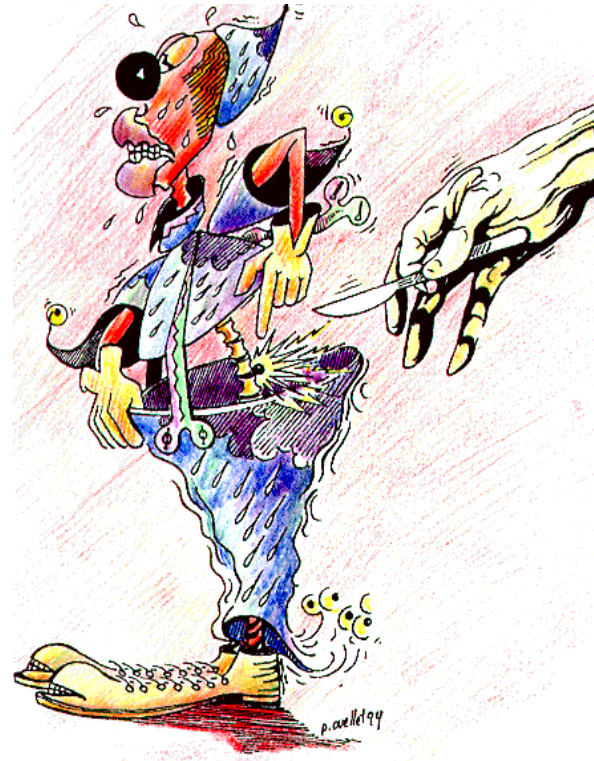


La nucléotomie

- La nucléotomie percutanée. Les résultats de la discectomie percutanée par voie latérale semble comparable à la nucléol



Chirurgie

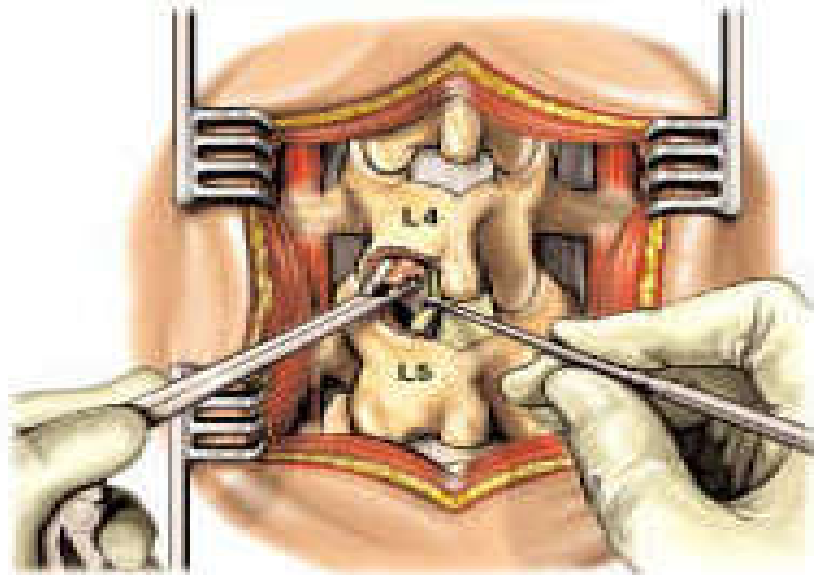




- Indication
- Sciatique hyperalgique
- Sciatique paralysante
- Syndrome de la queue de cheval
- Echec du traitement médical



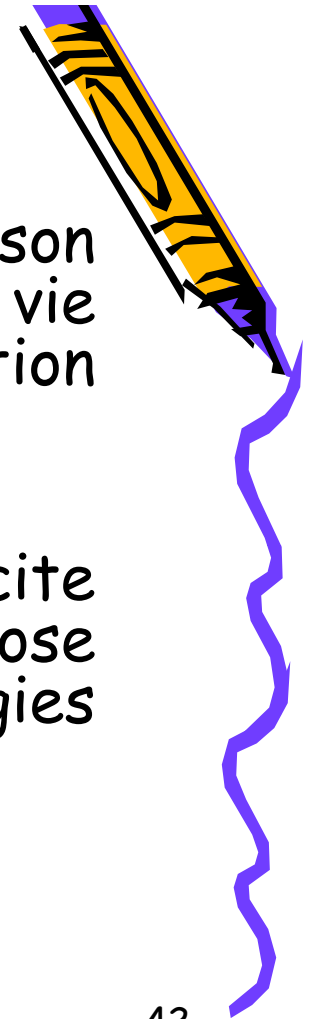
THE NERVE ROOT IS CAREFULLY RETRACTED AND THE HERNIATED DISC AT L4-5 IS REMOVED.

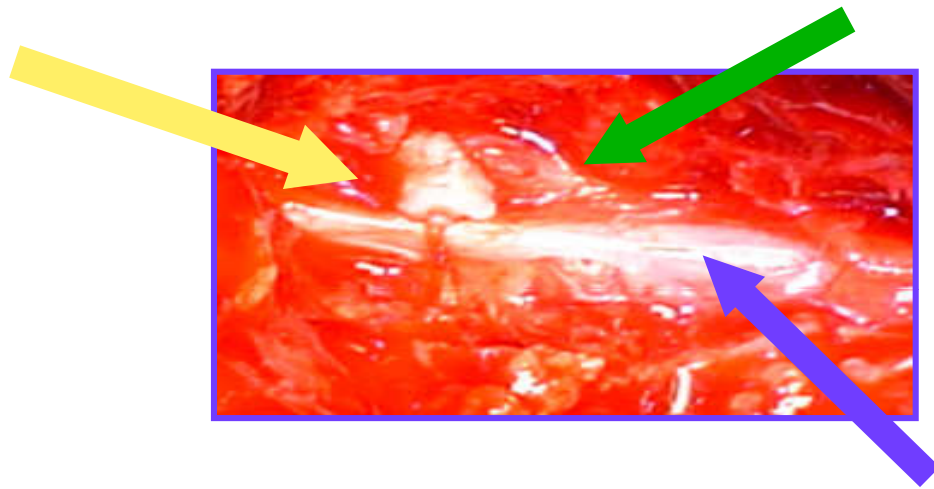
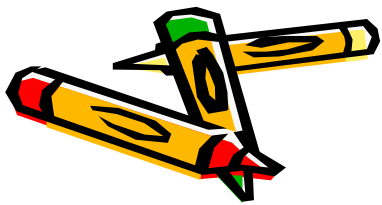


© 1998 NUCLEUS COMMUNICATIONS, INC. — ATLANTA



- Très bons résultats (95%), avec guérison immédiate de la sciatique et reprise d'une vie normale en 1 à 3 mois, si indication et réalisation par un bon spécialiste.
- Risques : mortalité très faible, phlébite, discite infectieuse, lombosciatique persistante par fibrose épidurale ou récurrence, aggravation des lombalgies par arthrose secondaire.

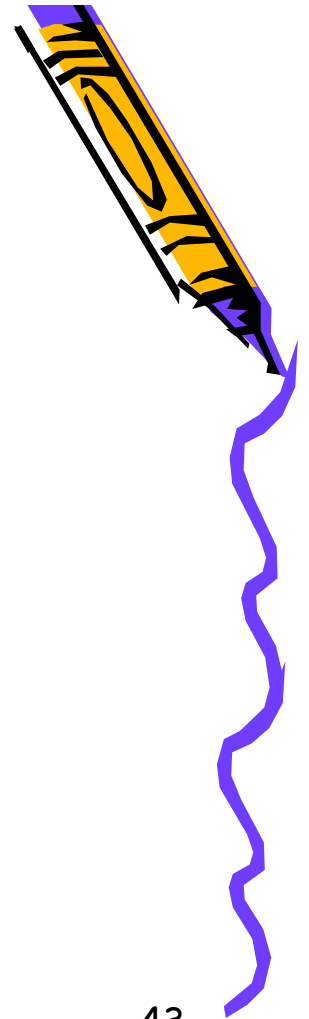


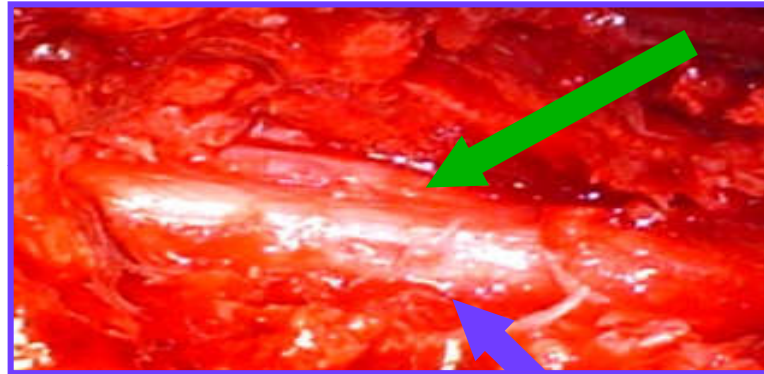
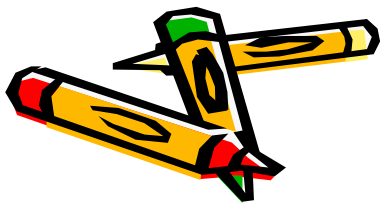




Disque

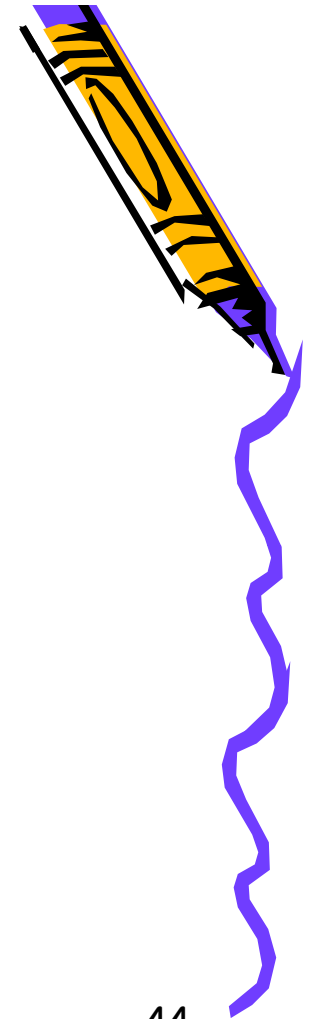


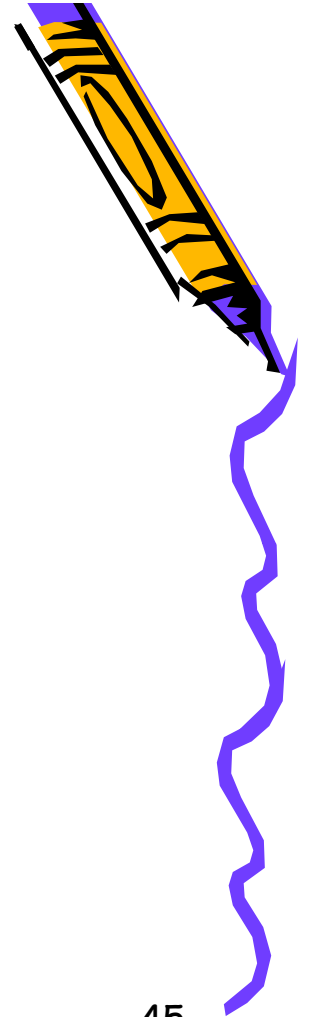
Racine



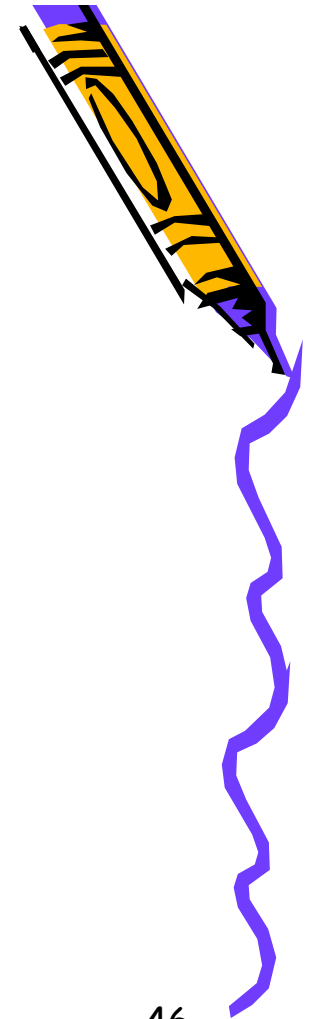


 Racine
 Dure mère



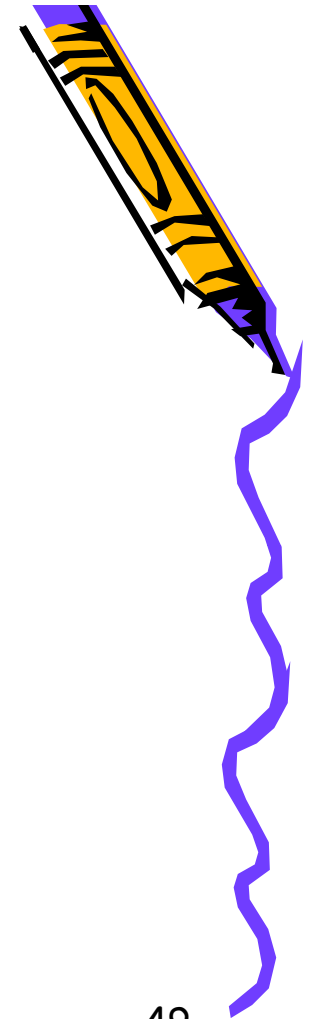
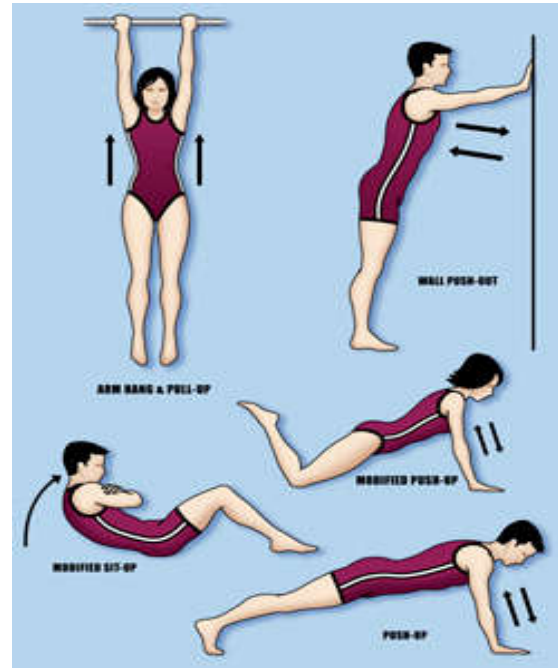
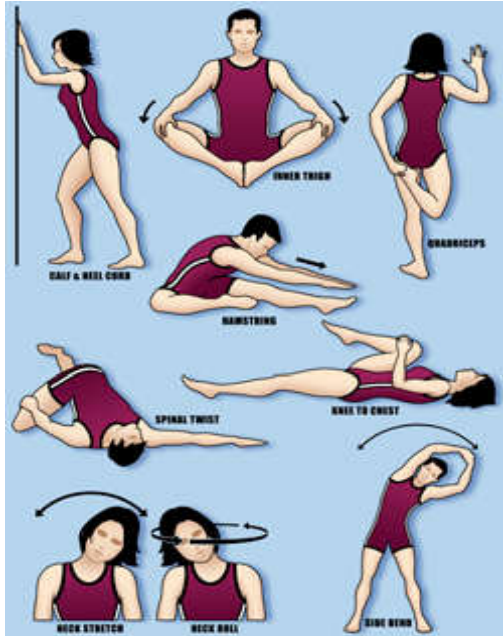


Prévention







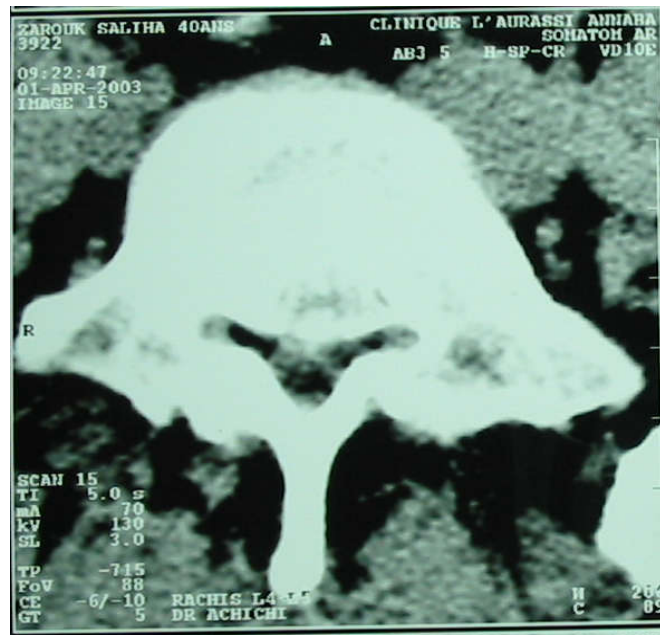
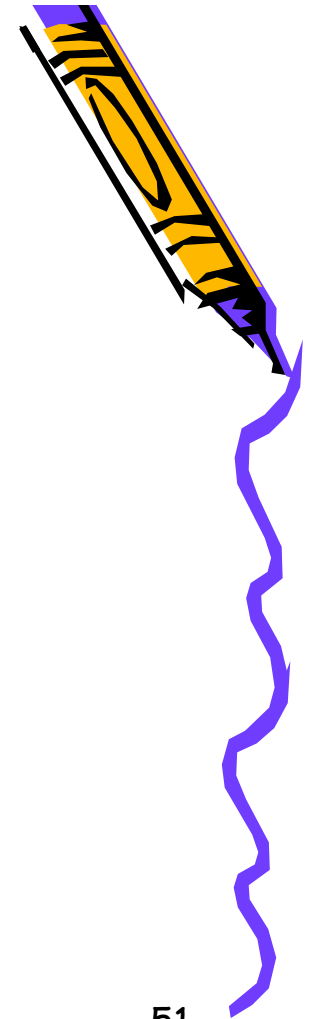


Un mot sur la sténose lombaire

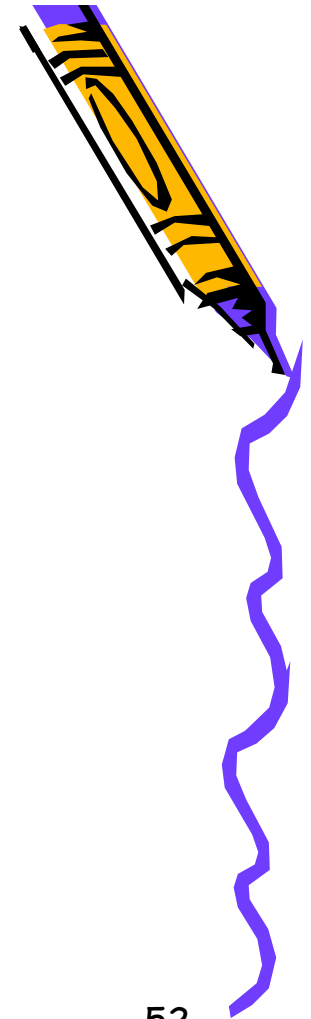
- Le tableau clinique, purement fonctionnel, est celui d'une claudication intermittente, avec une sciatique ou des douleurs imprécises des membres inférieurs.
- Anatomiquement le diamètre du canal rachidien est rétréci du fait d'une étroitesse congénitale, de la saillie des discopathies et de l'arthrose postérieure avec parfois un ou plusieurs spondylolisthésis.
- Le scanner montre la sténose mais le conflit avec les racines doit être montré par la myélographie et une forte hyperprotéinorachie.



Aspect en trèfle du canal vertébral à la TDM



Aspect en chapelet A l'IRM



Merci

