

Hernie discale

I. Introduction :

La hernie discale peut siéger à n'importe quel étage du rachis (cervical, dorsal, lombaire), jusqu'à L2 c'est soit une compression médullaire soit de la racine nerveuse (centrale ou périphérique).

Hernie lombaire : atteinte des racines (pas de moelle à ce niveau) → atteinte périphérique seulement

Lombosciatalgie : atteinte de L5 ou S1 / L4 → cruralgie

II. Anatomie :

Corps vertébral, canal rachidien, méninges, racines de la queue de cheval, apophyses épineuses, lames, racines nerveuses, foramen de conjugaison, disque intervertébral, ligament vertébral commun

III. Physiopath :

- le disque intervertébral commence à subir une dégénérescence à l'âge de 30-35 ans. Elle peut être précoce due à certains facteurs (soulever des charges lourdes)
- plus fréquente à l'étage lombaire (colonne dorsale maintenue par la cage thoracique).
- cette dégénérescence peut être avancée par plusieurs facteurs : posture incorrecte, mini traumatismes → fissures dans l'anneau fibreux livrant passage au nucleus pulposis → saillie (hernie discale) qui va comprimer le ligament vertébral postérieur (richement innervé) → lombalgies, lumbago avec contracture réflexe des muscles para vertébraux.

Stades :

A : protrusion discale

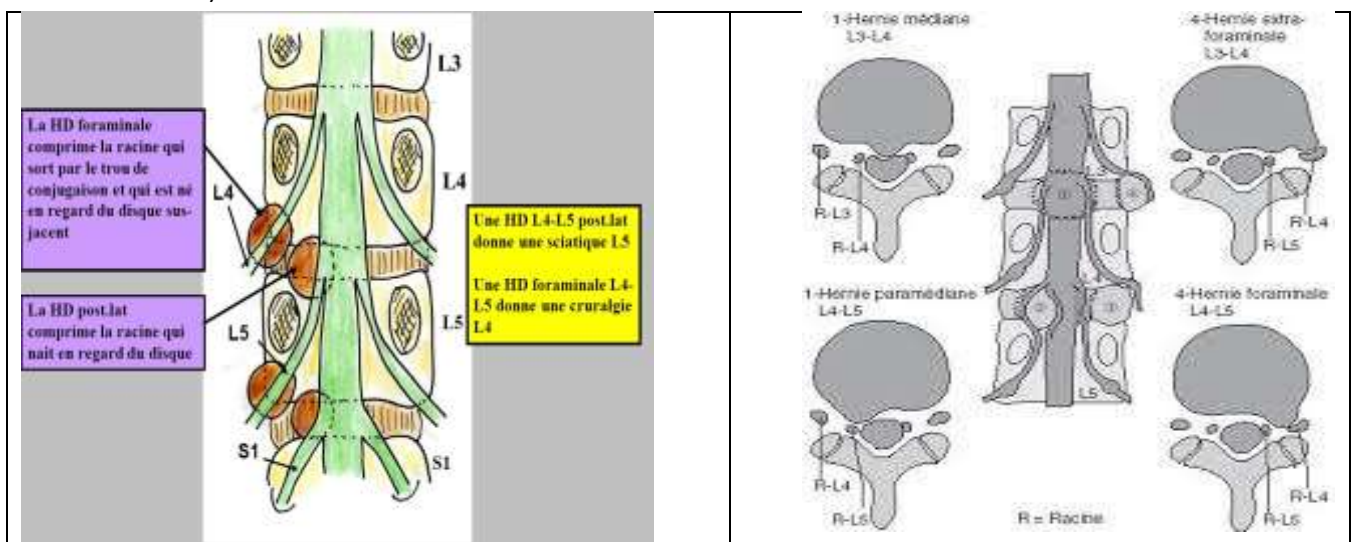
B : hernie sous ligamentaire à migration ascendante ou descendante.

C : hernie trans-ligamentaire (extériorisé car le ligament postérieur est déchirée)

D : hernie exclue ou libre

IV. Formes topographiques :

- Hernie antérieure
- Hernie médiane : lombalgies si elle est volumineuse → comprime la racine droite ou gauche et donne des lombalgies à bascule.
- Hernie postéro-latérale : la plus fréquente, comprime la racine du mm coté) : compression de racine sous-jacente (Si le disque touché est L4-L5, la racine atteinte est L5 ; si L5-S1 c'est S1 ...), si elle est volumineuse elle va comprimer plusieurs racines → syndrome de queue de cheval par hernie discale.
- Hernie foraminale : compression de racine sus-jacente (Si le disque touché est L4-L5, la racine atteinte est L4 ; si L5-S1 c'est L5 ...).



V. Clinique :

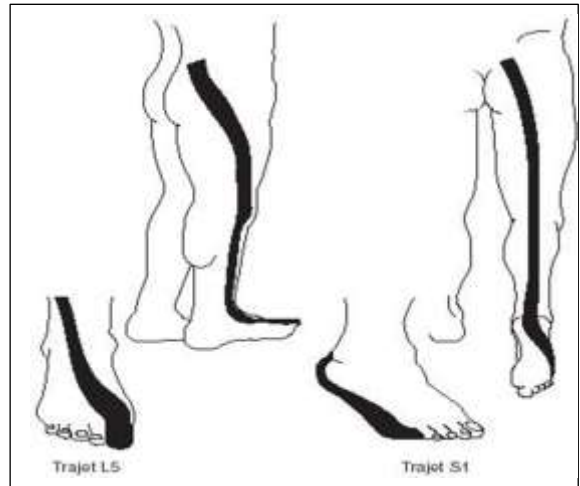
- Interrogatoire:

Début de la symptomatologie, profession (maçon, chirurgien...), le trajet de la douleur

L4 : Cruralgies (Face antérieure de la cuisse)

L5 : fesse, post-ext de cuisse, ext jambe, dos du pied, gros orteil)

S1 : trajet post : fesse, face post de la cuisse et de la jambe, bord externe du pied, 5eme orteil).



- Examen clinique :

Syndrome rachidien : contracture musculaire, craquement lombaire, blocage rachidien, évalué par la distance doigts-sol (raideur), position antalgique (inclinaison latérale avec disparition de la lordose).

Syndrome radiculaire : signe de sonnette (palpation sur le trajet), signe de Lasègue (en soulevant le membre inférieur).

- Examen neurologique :

L5= trouble sensitif au trajet L5, déficit moteur (l'extenseur du gros orteil, \sphericalangle flexion dorsale du pied, Difficulté de Marcher sur le talon), si déficit complet : pied tombant \rightarrow steppage à la marche.

S1= Hypoesthésie du mollet et la face plantaire du pied, abolition du reflexe achilléen, déficit moteur (triceps, fléchisseurs des orteils \rightarrow \sphericalangle flexion plantaire, difficulté de marcher sur la pointe des pieds.

- Formes cliniques :

- Lombosciatique à bascule (Hernie médiane)

- Forme hyperalgique

- Cruralgie (L4, le réflexe rotulien est aboli, déficit moteur du quadriceps)

- Forme paralysante : chirurgie en urgence.

- Forme de grossesse

- Syndrome de la queue de cheval : poly radiculaire, bilatérale, atteinte motrice (paraparésie) et abolition des réflexes, anesthésie ou hypoesthésie en selle, troubles génito-sphinctériens type rétention + impuissance (extrême urgence).

VI. Diagnostic différentiel :

Canal lombaire étroit congénitalement : trajet atypique.

Pathologie tumorale : épondymome, tumeur du cône terminale ou de la queue de cheval.

Pathologie infectieuse : tuberculose (spondylodiscite), brucellose.

VII. Examens complémentaires :

- Scanner lombo-sacré : il permet de confirmer le diagnostic, conflit disco-radiculaire avec un œdème et un phénomène inflammatoire.

- IRM : si le scanner est normal, plus performant.

- Sacco-radiculographie : est abandonnée, EMG : limité.

VIII. Traitement :

TRT médical : repos strict au lit 5 jours, TRT anti-inflammatoire (le disque se rétracte et la hernie se résorbe, myorelaxants, corticothérapie +/-, hygiène de vie \rightarrow En 90% des cas, bons résultats.

Rééducation : développer la musculature lombaire et abdominale, natation sur le dos.

La chirurgie est le dernier recours, hernie paralysante, hyperalgique ou syndrome de queue de cheval (après inefficacité du TRT médical de 4-6 semaines).