

Lombosciatique commune

Introduction

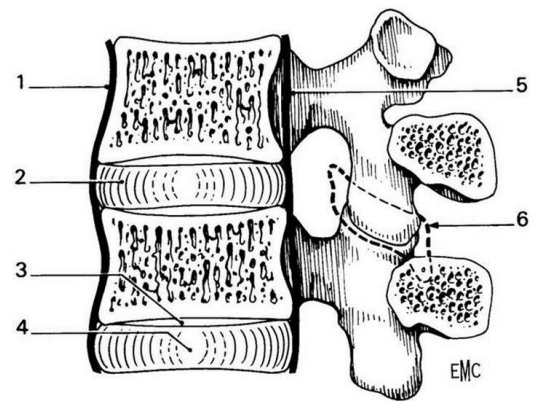
- La névralgie sciatique par hernie discale traduit la souffrance des racines L5 ou S1 comprimées par une hernie du disque intervertébral dans le canal rachidien (respectivement à l'étage L4-L5 et L5-S1)
- Très fréquente chez l'adulte (100.000 cas/an en France, motivant 37.000 interventions).
- 25 à 30% de l'activité opératoire.
- Impact socio-économique majeur (par les arrêts de travail)
- Le traitement conservateur prend actuellement une place prépondérante (traitement médical 90%)

Rappel anatomo-physiologique

Le disque intervertébral est formé de 3 parties : l'annulus fibrosus (2), le nucleus pulposus (4) et les plaques cartilagineuses vertébrales (3). Les ligaments longitudinaux antérieur (1) et postérieur (5) bordent le disque. La capsule des articulations zygapophysiales (6) forme un récessus postéro-inférieur et un récessus antéro-supérieur intra-canaux

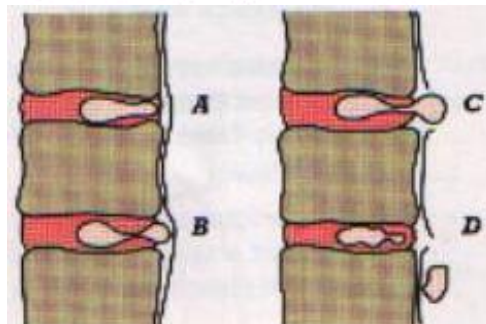
Conséquences

- **Nucleus pulposus** : durcit et se fragmente
- **Anneau lamelleux** : se fissure
 - Fissure radiée en rayons de roue +++
 - Fissure concentrique parallèle aux lamelles en arc de cercle : rare → Hernie Discale (HD)



Types de hernie discale

- A. Protrusion discale
- B. HD sous ligamentaire
- C. HD extériorisée
- D. HD exclue ou libre



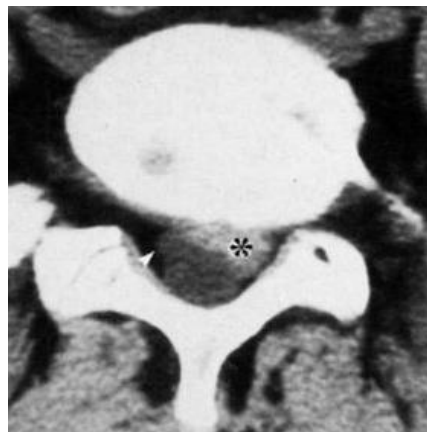
Clinique

- **Interrogatoire** :
 - Reconnaît la douleur (sciatique) par son trajet :
 - **L5** : la douleur descend de la fesse vers la partie postéro-externe de la cuisse, la partie postéro-externe ou externe de la jambe, passe devant la malléole externe puis sur le dos du pied pour se terminer sur le gros orteil et accessoirement sur le second
 - **S1** : la douleur descend de la fesse vers la face postérieure de cuisse, la face postérieure du mollet, le tendon d'Achille puis la région rétro-malléolaire externe pour se continuer sous la plante du pied et surtout le long du bord externe en direction des deux derniers orteils
 - **Si trajet incomplet** : sciatique tronquée
 - **Antécédents** : lombalgies chroniques, lumbago, lombosciatique
 - **Mode de début** : brutal ou progressif
 - **Circonstances** : le matin au réveil, après un effort de soulèvement, un geste
 - **Horaire** : mécanique

- **Impulsive** : aux efforts de toux, éternuements, défécation
- **Intensité** : variable : légère → hyperalgique
- **Type** : brûlures, broiements.
- **Signes accompagnateurs** : paresthésies
- **Troubles génito-sphinctériens** : vidange vésicale, défécation
- **Examen physique** :
 - **Malade debout** :
 - **Rachis** :
 - ✓ **Inspection** : attitude antalgique en inclinaison latérale +++
 - ✓ **Rare** : effacement de la lordose, cyphose lombaire
 - ✓ **Palpation** : douleur médiane ou para-vertébrale au niveau L4-L5 ou L5-S1 → signe de la sonnette
 - ✓ Mobilisation dans le plan sagittal ou frontal → limitation partielle
 - ✓ Blocage rachidien segmentaire bas lombaire → distance doigt sol
 - **Marche** : sur la pointe des pieds et sur les talons
 - **Malade couché** :
 - **Points de Valleix**
 - **Signe de Lasègue** : est noté de 0° à 90° (au-dessous de 20° elle témoigne d'une forte compression radiculaire)
- **Examen neurologique** :
 - **Sensibilité** : différents dermatomes et au niveau de la selle et des organes génitaux : conservée, hypoesthésie, rarement anesthésie
 - **Force musculaire** : conservée, diminuée (formes déficitaires : parésiante ou paralysante)
 - **L5** : jambier antérieur, péroniers latéraux, extenseurs des orteils
 - **S1** : triceps sural, fléchisseur des orteils
 - **Réflexes Ostéo-Tendineux** :
 - **L5** : non modifiés
 - **S1** : présents ou ROT achilléen diminué ou aboli

Examens complémentaires

- Interrogatoire + examen clinique → diagnostic de sciatique commune
- **Au minimum** : bilan inflammatoire + radiographies standards
 - **Incidences** :
 - Bassin de face debout (articulations sacro-iliaques, articulations coxo-fémorales et du sacrum)
 - Rachis lombaire face + profil (statique, anomalie transitionnelle, qualité de l'os, analyse des disques dont la hauteur peut être diminuée, développement arthrosique)
- **Scanner** :
 - Visualise la hernie, sa situation, son importance et la surface utile du canal rachidien.
 - Coupes millimétriques sus et sous-jacentes à l'espace discal vérifient l'éventualité d'une migration et son importance
- **IRM** :
 - Si la TDM ne décèle pas la hernie
 - Si récidive après chirurgie
- **Myélographie ou sacco-radiculographie**
- **EMG**



Formes cliniques

- **Forme hyperalgique** : hospitalisation, chirurgie
- **Formes avec déficit moteur** :
 - **Parésiante** : Force Musculaire : 3, 4
 - **Paralysante** : Force Musculaire : 0,1,2
- **L5** : marche difficile sur talons, déficit de la dorsiflexion du pied, steppage, hypoesthésie ou anesthésie, amyotrophie de la loge antéro-externe de la jambe
- **S1** : marche difficile sur pointes des pieds, déficit de la flexion plantaire, talonnage, hypoesthésie ou anesthésie, diminution ou abolition du reflexe achilléen
- **Syndrome de la queue de cheval** : l'apparition brutale d'une parésie flasque des membres inférieurs associée à des troubles sphinctériens et à une anesthésie périméale en selle réalise un syndrome complet de la queue de cheval. L'intervention chirurgicale doit être urgente pour donner un maximum de chances de récupération motrice et sensitive

Diagnostic différentiel

- **Ce qui n'est pas une radiculalgie du membre inférieur** : pathologie de la hanche, pathologie de la sacro-iliaque, pathologies vasculaires
- **Autres radiculalgies communes** :
 - **Névrалgie crurale** : L3, L4
 - **Trajet** : face antérieure de la cuisse → genou → face interne de la jambe
 - Hypoesthésie dans le territoire de L4
 - Amyotrophie quadricipitale
 - Diminution ou abolition du ROT rotulien
 - Signe de Léri ou du crural
 - **Méralgie paresthésique** (névrалgie du fémoro-cutané) : L1, L2
 - Zone douloureuse en « raquette » à la face antéro-externe de la cuisse
- **Sciaticques symptomatiques ou secondaires** : 5 à 10%
 - **Signes évocateurs** :
 - Douleur d'horaire inflammatoire, insomniante, permanente, rebelle aux antalgiques usuels, d'intensité progressivement croissante
 - Bilatéralité
 - Signes généraux
 - Signes neurologiques plus fréquents
 - Syndrome inflammatoire
 - Anémie
 - **Radiographie** : fonction de l'étiologie : tassement, ostéolyse, ostéo-condensation, spondylodiscite
 - **Autres** : électrophorèse des protéines sanguines, marqueurs tumoraux...
 - **Etiologies** :
 - **Tumorales** +++ : tumeurs malignes (myélome multiple, métastases osseuse, lymphomes, tumeurs malignes primitives)
 - **Infectieuses** : spondylodiscites, épidurites
 - **Inflammatoires** : spondyl-arthropathies

Traitement

- **Médical : +++**
 - **Repos au lit**
 - **Myorelaxant**
 - **AINS** : à dose d'attaque puis dose d'entretien pendant 10 à 15 jours
 - **Antalgiques** : selon l'intensité de la douleur : palier I, II, III
 - **Corticothérapie** :
 - Par voie générale en cure courte : formes hyperalgique
 - Si échec : infiltration épidurale par de l'acétate de Prednisolone
 - 9 fois sur dix un traitement médical bien conduit amène la guérison
- **Kinésithérapie** :
 - **Phase aigüe** : antalgique
 - **A distance** : prévention des récives : renforcement musculaire, méthodes de verrouillage du rachis lombaire
- **Hygiène de vie, aménagement du poste de travail**
- **Traitements percutanés de la hernie discale** : après échec du traitement médical bien conduit, chimio-nucléolyse (elle consiste à dégrader le nucleus pulposus par une action d'hydrolyse des protéoglycanes assez spécifique de la chymopapaïne (enzyme végétale dérivée de la papaye))
- **Traitement chirurgical** :
 - **Indications** :
 - Après échec du traitement médical bien conduit
 - Si syndrome de la queue de cheval
 - Si sciatique paralysante ou parésiante
 - Le traitement consiste en une discectomie :
 - **Résultats** : bons, disparition de la douleur le lendemain de l'intervention, reprise de l'activité après deux mois
 - **Complications** :
 - ✓ **Immédiates** : brèches dures avec fuites de LCR, plaies vasculaires (artère iliaque primitive), plaies viscérales (iléon, colon, appendice, uretère, vessie)
 - ✓ **A court terme** : infections pariétales et les spondylodiscites, complications veineuses → prévention des complications thromboemboliques
 - ✓ **A long terme** : fibrose, récive