

HERNIE DISCALE LOMBAIRE

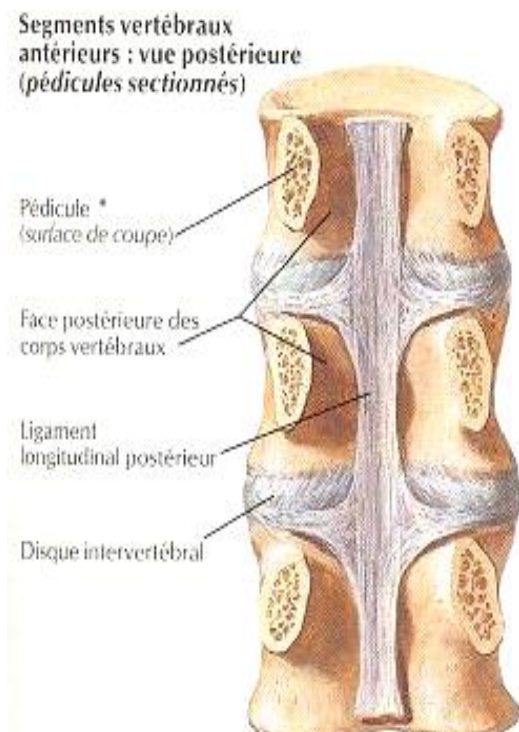
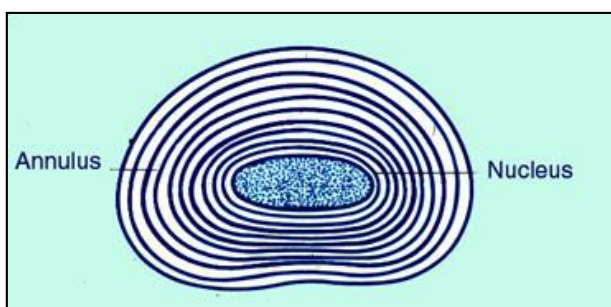
GENERALITE :

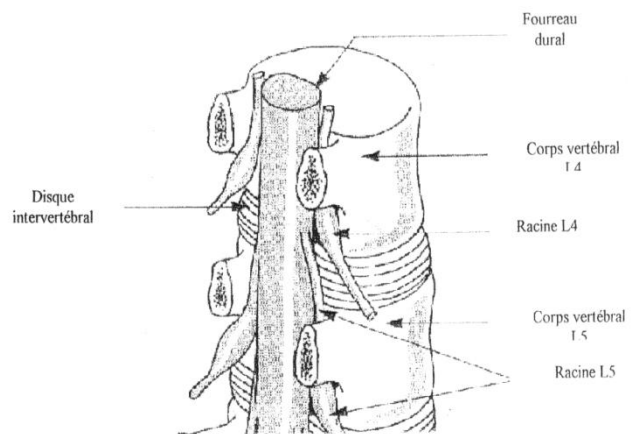
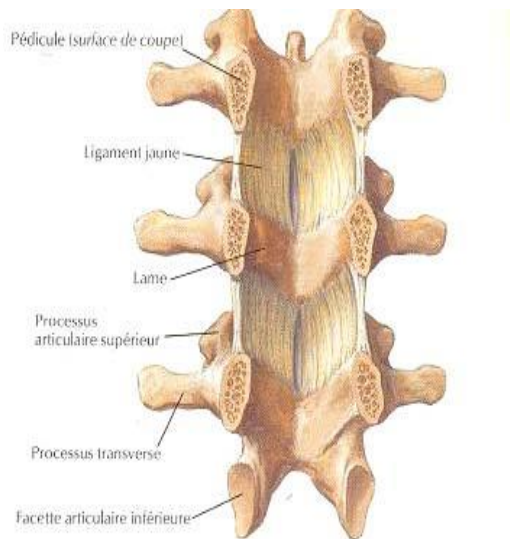
- Les HD sont fréquentes et sont dues, à un conflit discoradiculaire d'origine discale .
- La hernie discale résulte de la dégénérescence de l'anneau fibreux avec rupture progressive de celui-ci permettant la migration du nucleus, qui comprime la racine nerveuse.
- Le diagnostic est clinique marqué par des lombosciatalgies.
- Le diagnostic des HD est posé sur le scanner lombosacré.
- Le traitement est médico-chirurgical.

Définition

- Lombalgies = manifestations douloureuses en rapport avec une atteinte dégénérative du rachis lombaire.
- Sciatiques = manifestations douloureuses avec des irradiations vers les jambes traduisant une atteinte des racines nerveuses.
- Lombalgies aiguës: Lumbago, survenant de façon brutale, suite à une effort avec un blocage musculaire réflexe, douleurs parfois hyper violentes

RAPPEL ANATOMIQUE





RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

	MYOTOME	DERMATOME	ROT
L3	Psoas iliaque (flexion cuisse sur bassin; <u>porte sa cuisse pour s'asseoir</u>)	Face antéro-interne de cuisse	Rotulien
L4	Quadriceps (extension jambe sur cuisse: <u>genou qui lâche</u>)	Face antérieure de la cuisse et de la jambe	Rotulien
L5	Fléchisseurs dorsaux du pied Moyen fessier: <u>boiterie, pointe du pied qui accroche, se tord la cheville</u>	Face externe de jambe Bord médial du pied <u>Pli de l'aine+++</u>	
S1	Fléchisseurs plantaires du pied. Déficit peu gênant	Face postérieure de jambe Bord latéral du pied	Achilléen

Mécanismes physiologiques

- 2 types d'articulation:
 - **Les articulations antérieures** inter somatiques dans lesquelles le disque inter vertébral (nucléus pulposus) joue un rôle d'amortisseur. Des ligaments antérieurs et postérieurs maintiennent la stabilité de cet ensemble.
 - **Les articulations postérieures** inter apophysaires forment les trous de conjugaison
- Les courbures physiologiques du rachis:
 - Lordose cervicale
 - Cyphose dorsale
 - Lordose lombaire

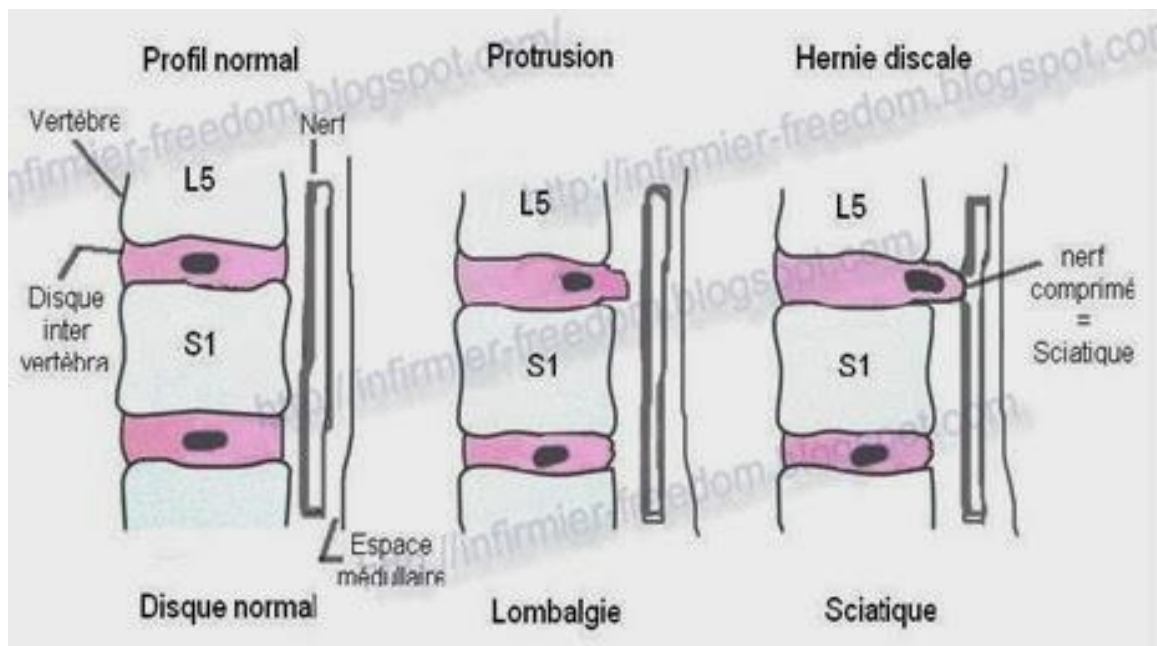
Le disque intervertébral permet les mouvements des corps vertébraux dans tous les plans.

Le disque qui sépare le 5^{ème} vertèbre lombaire de la 1^{ère} sacrée est le plus fragile. Cette fragilité s'aggrave avec le travail (surtout lors des contraintes physiques) l'âge et l'absence de tonicité musculaire.

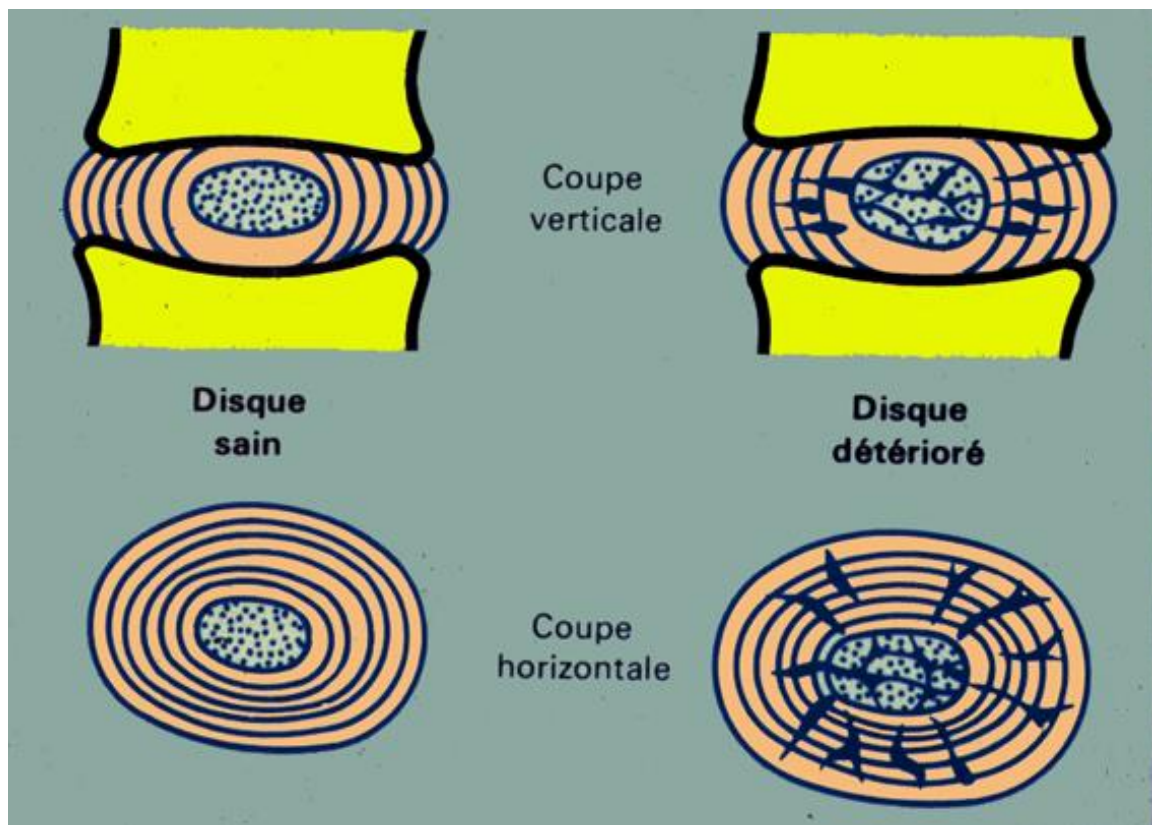
PHYSIOPATHOLOGIE






- Ce disque perd progressivement ses possibilités d'hydratation et s'amincit de plus en plus
- Le noyau central va être rejeté en arrière et va constituer une hernie discale en comprimant les racines nerveuses en arrière = SCIATIQUE
- Douleur très vive qui descend dans la fesse, la cuisse, le mollet, le pied et les orteils.

Anapath



L'annulus fibrosus est le siège de micro-traumatismes et de micro-fissures qui peuvent aboutir à l'extériorisation du nucleus



Sous-ligamentaire		Sous- ou extraligamentaire		Extraligamentaire
Protrusion discale	Prolapsus discal	Hernie discale extrudée		Hernie discale séquestrée
				

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

- 1- AGE: adulte de 30 à 50ans.
 - 2-SEXE: Une nette prédominance masculine.
 - 3-PROFESSION : le travail manuel de force, la station debout prolongée
- Surtout Les militaires et les femmes au foyer. 4.FACTEURS FAVORISANTS:

Les anomalies transitionnelles, notamment la sacralisation de L5.

Le canal lombaire étroit.

Les spondylolisthésis : c'est le glissement vers l'avant d'un corps vertébral sous-jacent, deux étiologies en sont responsables : le spondylolisthésis par lyse isthmique et le spondylolisthésis dégénératif ou arthrosique.

Les contraintes radiculaires résultent de :

- la sténose foraminale
- la HD fréquente à l'étage sus_jacent

- l'étirement radiculaire bilatéral dans les spondylolisthésis L5 à grand déplacement.

Clinique

- 1. L'interrogatoire est un temps essentiel dans l'examen.
- Le mode de début
- Le délai d'évolution
- Trajet radiculaire .
- 2. l'examen clinique:
- Syndrome rachidien: fait de
- a- l'attitude antalgique

TRAJET RADICULAIRE

- L3 : face antérieure puis interne de la cuisse
- S'arrête à la face interne du genou (voir la hanche)
- L4 : faces antérieures de la cuisse, de la jambe
- S'arrête sur le coup de pied
- L5 : face postéro-externe de la cuisse, face externe de la jambe, contourne la malléole externe, dos du pied, s'arrête sur le gros orteil.
Douleur inguinale fréquente
- S1 : faces postérieures de la fesse, de la cuisse, de la jambe, talon, face plantaire du pied
- S'arrête vers les petits orteils
- b- la raideur lombaire:

C'est la limitation de la mobilité rachidienne.

c- le Signe de la sonnette:

- D'une grande valeur étiologique et localisatrice.
- **-2 Syndrome radiculaire:**

a- Le signe de Lasègue:

- L'élévation progressive des membres inférieurs en extension chez un patient en décubitus dorsal déclenche à partir d'un certain angle, qu'il faut chiffrer en degré.

b- Les troubles sensitifs :

c'est une hypoesthésie superficielle voire une anesthésie au niveau du territoire douloureux L5 ou S1.

c- Les troubles de la motricité segmentaire:

- sera appréciée au niveau des territoires d'innervation des racines L5 et S1 .Un déficit moteur sera apprécié par une cotation de force musculaire:
- des fléchisseurs des orteils pour la racine (S1),du jambier antérieur , des péroniers latéraux et des extenseurs des orteils pour la racine (L5).

L'examen sera terminé par l'épreuve de la marche sur le talon qui sera impossible lorsque le déficit porte sur le territoire de L5, et la marche sur la pointe des pieds qui explore le dermatome de S1.

d- Etude des réflexes ostéo-tendineux:

L'abolition du réflexe achilléen, spécifique de la compression de la racine S1, est d'une grande valeur localisatrice.

LES FORMES GRAVES

- 1. FORMES PARALYSANTES . 2.FORMES HYPERALGIQUE 3. SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL

Imagerie

- 2 La tomodensitométrie (TDM) du rachis lombo sacré:

permet de préciser l'HERNIE DISCALE son siège, de son volume, sa migration, son environnement osseux.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombosacrée

- L'analyse des migrations herniaires et des sténoses canalaire associées.
- L'exploration d'emblée de l'ensemble des disques lombaires grâce aux coupes sagittales.
- L'exploration du compartiment intradural.

EXPLORATIONS NEUROPHYSIOLOGIQUES

- 1. L' électromyogramme (EMG) :

-Cet examen permet de montrer les perturbations électriques localisées au niveau d'un myotome en fonction de l'innervation radiculaire.

-l'appréciation de la sévérité de l'atteinte radiculaire.

TRAITEMENT

- 1-TRAITEMENT MEDICAL:
- Son efficacité peut aller jusqu'à 90%.
- Le but du traitement est de soulager les sciatalgies
- -Réduire la saillie discale.
- -Calmer l'inflammation de la racine.
- Le repos strict en décubitus au lit pendant une à trois semaines.

La prescription, d'antalgiques, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) voire des décontractants musculaires.

Le plus souvent, la disparition de la douleur s'obtient en une dizaine de jours.

-Une prise en charge kinésithérapeutique.

-Les infiltrations corticoïdes en épidurale par voie interépineuse.

-Le port transitoire d'un lombostat.

2-TRAITEMENTS PERCUTANES

-1 la nucléolyse:

a- La Chimionucléolyse par chymopapaine:consiste à injecter en intradiscale sous anesthésie générale ou une enzyme protéolytique, la chymopapaine

3- TRAITEMENT CHIRURGICAL:

C'est la solution radicale de choix .

Son indications:

les formes hyperalgiques

Les formes paralysantes

Le Syndrome de la queue de cheval: reste une urgence neurochirurgicale.

les objectifs à atteindre doivent être :

- Le curetage du disque le plus complet possible.

-la libération de la racine comprimée ou oedématisée.

-La prévention d'une récurrence par un séquestre discal.

La Technique chirurgicale de La HD: par un abord postérieur interlaminar et parfois par laminectomie voire foraminotomie

CONCLUSION

- La hernie discale est une affection très fréquente de l'adulte.
- cause majeure d'invalidité, par son retentissement socioprofessionnel.
- La symptomatologie clinique est très évocatrice.
- Le bilan paraclinique est surtout radiologique dominé par la tomodensitométrie.
- Le traitement médical est le premier arsenal thérapeutique pour les sciatiques non compliquées.
- Le traitement chirurgical est indiqué en cas de sciatique rebelle au traitement médical, ou compliquée d'un déficit moteur ou d'un syndrome de la queue de cheval.

Resumé clinique

- Début souvent brutal, après un effort de soulèvement, ou un faux mouvement.
- Douleur de la région lombaire (mal de rein) associé à un craquement et un blocage douloureux.
- Patient présentant une impotence fonctionnelle, avec exacerbation des douleurs dès le moindre efforts
- Points douloureux au niveau des derniers disques
- Contracture musculaires paralombaire
- Attitude antalgique avec inclinaison d'un côté, disparition de la lordose lombaire.