



LOMBOSCIATIQUE COMMUNE

I- Introduction:

C'est une douleur radiculaire du membre inférieur siégeant dans le territoire du nerf sciatique, d'origine vertébrale, relevant d'une irritation/compression des racines de ce nerf (L5, S1) par une hernie discale siégeant respectivement au niveau du disque L4-L5 et/ou L5-S1

Rappel anatomique et physiologique

Le disque intervertébral (DIV) :

Elément principal d'union des vertèbres entre elles.
Formé par :

- **le noyau pulpeux (Nucleus Pulposus):** formation gélatineuse, incompressible siégeant au milieu du DIV (en cervical et dorsal) et à l'union du $\frac{2}{3}$ antérieur et $\frac{1}{3}$ postérieur (en lombaire)
- **anneau fibreux :** situé à la périphérie du NP, formé de lamelles fibro-cartilagineuses intriquées en bulbe d'oignon, plus abondantes en antérieur et en latéral qu'en postérieur, solidement amarrées à la plaque cartilagineuse
- **plaque cartilagineuse :** plateaux vertébraux.

Le système ligamentaire: complète l'union des vertèbres:

- **le grand ligament vertébral commun longitudinal antérieur:** passant en pont au niveau du DIV → espace virtuel interdisco-ligamentaire.
- **le grand ligament vertébral commun longitudinal postérieur :** adhérent plus faiblement à la face postérieure du corps vertébral mais étroitement uni à la partie médiane (résistante) et latérale du DIV (plus lâche).

Vascularisation : le DIV est avasculaire. La nutrition se fait par imbibition à travers les plaques cartilagineuses (LCR).

Innervation : le ligament postérieur est richement innervé

Physiologie :

Les pressions reçues par la colonne vertébrale sont transmises au DIV, elles sont reçues par le noyau pulpeux et sont réparties au niveau des lamelles → rôle d'amortisseur.
- détérioration du DIV L4-L5 → sciatique L5
- détérioration du DIV L5-S1 → sciatique S1

II- Physiopathologie:

• Conditions étiologiques de détérioration du DIV:

- Sénescence discale
- Traumatismes, microtraumatismes répétés
- Surcharge mécanique localisée, surcharge pondérale
- Anomalies acquises (spondylodiscite, listhésis) ou de développement (épiphysite vertébrale de croissance ou maladie de Scheuermann) des plateaux vertébraux

• Détérioration de DIV:

- Anomalies du N.Pulposus : perte de l'homogénéité, diminution du volume → état fibreux, inhomogène → perte de la fonction et fragmentation.
- Anomalies de l'A.Fibrosus: apparition de foyers de hyalinisation → fissures fragilisant l'anneau → fente radiée (fréquente, à la partie postérieure et latérale du DIV) ou concentrique (parallèle aux lamelles, en antérieur ou antérolatéral)

• Conséquence: Migration intra-discale : engagement dans les fissures radiées de fragments du NP réalisant :

- ✓ **Protrusion discale :** bombement externe, ± large du DIV avec une distension des lamelles périphérique
- ✓ **Hernie discale vraie :** saillie franche et constante, extériorisation d'un fragment et son blocage au delà des lamelles les plus superficielles.

III- Épidémiologie:

- Fréquence: très fréquente 95%
- Adulte d'âge moyen: 30 - 60 ans
- Facteurs favorisants :
 - Inégalité des membres inférieurs
 - Scoliose, hyperlordose, listhésis
 - Traumatisme : chute sur le siège, microtraumatismes répétés
 - Surcharge pondérale
 - Efforts prolongés inhabituels (mouvement de rotation++)

III- Clinique:

L'analyse successive détaillée du syndrome lombaire et du syndrome radiculaire permet de reconnaître les éléments typiques qui peuvent orienter vers une lombosciatique discale ou une sciatique secondaire.

A- Syndrome lombaire :

1- Interrogatoire :

Lombalgie aiguë basse, déclenchée par un effort de soulèvement, trauma, torsion

2- Examen clinique :

- Inspection : rachis lombaire en attitude antalgique:
 - Plan sagittal : effacement de la lordose lombaire.
 - Plan frontal : inflexion directe ou croisée (du côté non douloureux), avec légère courbure de compensation sus-jacente. Plus fréquente dans la L5 que S1. le rachis lombaire est mobilisable dans le sens de la déviation mais la flexion latérale opposée ne s'effectue qu'au dessus de la région bloquée (signe de la cassure). La tentative de réduction de la déviation déclenche une douleur lombaire et radiculaire.
- Palpation : contracture des muscles para-vertébraux, douleur maximale dans l'espace où siège la HD avec parfois signe de la sonnette (déclenchement de la radiculalgie par la pression de ce point douloureux)

B- Syndrome radiculaire :

1- Interrogatoire : caractères de la radiculalgie :

- Topographie : souvent unilatérale, définie par un trajet:
 - **L5** : fesse, partie postéro-externe de la cuisse, antéroexterne de la jambe, devant la malléole externe, dos du pied, gros orteil ± 2ème orteil. La radiculalgie L5 peut se terminer en bracelet au niveau de la cheville
 - **S1** : face postérieure de la cuisse, mollet, tendon d'Achille, rétromalléolaire externe, face plantaire du pied sur le bord externe en direction des derniers orteils
- Signes accompagnateurs :
 - Dysesthésies, fourmillements ou engourdissement
- Intensité :
 - Parfois intense, déchirante, insupportable
 - Souvent modérée : tiraillement, striction, crampes
- Rythme : Mécanique : augmentant à l'effort, la station debout prolongée, calmée par le repos en décubitus
- Facteurs aggravants ou calmants :
 - Station assise : ± supportée selon le malade
 - Marche : mieux supportée que la station debout
 - Décubitus : soulage, surtout le décubitus latéral en chien de fusil.
- **Impulsivité : toux, éternuement, défécation.**

2- Examen clinique :

- Signe de Lasèque : élévation progressive du membre inférieur, genou étendu → déclenchement à partir d'un certain angle de la radiculalgie (élément évolutif sous traitement).
- Points de Valleix : points douloureux à la pression sur le trajet du nerf : fesse, cuisse, creux poplité ± région antéro-externe de la jambe (L5) ou tendon d'Achille (S1).

- Examen neurologique :

- Recherche de déficit sensitif : parfois hypoesthésie.
- Appréciation des ROT : achilléen (S1).

IV- Examens complémentaires :

1- Examens de première intention :

- Biologie : non indispensable
 - VS, CRP : normales
 - Autres : non indispensables et normaux (NFS, Ca, EPPS)
- Radiographies standard :
 - Ne sont pas recommandées si forte présomption de conflit disco-radicaire et en l'absence de complications.
 - Ne sont demandés que si la douleur persiste plus de 15 jours.
 - Clichés : Rachis lombaire face (incidence postéro-antérieure), rachis lombaire profil (centré sur L4-L5).
- * Résultats : très souvent normales
 - Éliminer certains diagnostics différentiels+++

2- Examens de deuxième intention :

Proposés si sciatique qui résiste au traitement médical bien conduit, durant au minimum 8 semaines ou sciatiques compliquées de paralysie ou de queue de cheval.

Examens à visée pré-opératoire, dans la perspective d'un traitement radical.

- Scanner :
 - Examen de choix.
 - Mise en évidence de la HD, sa topographie, volume, caractère ascendant ou descendant.
- IRM :
 - Examen non invasif, non irradiant et performant.
 - Intérêt dans les HD migrées, exclues ou si récurrence post-op.

VI- Formes cliniques :

1- Selon l'intensité de la douleur :

- Forme hyperalgique : réaction inflammatoire fluxionnaire dans la racine nerveuse, ces formes ne sont pas nécessairement chirurgicales, seulement si échec du traitement médical (morphinique ou corticoïde à forte dose pendant quelques jours).
- Formes peu intenses : la douleur n'apparaît que dans certaines attitudes ou à l'effort avec retentissement fonctionnel minime.

2- Formes selon l'âge et le terrain :

- Enfant – adolescent : exceptionnelle chez les <10 ans, moins rare chez l'adolescent.
- Sujet âgé : la sciatique n'est pas exceptionnelle.
- Femme enceinte : favorisée par l'hyperlordose, l'augmentation du poids

3- Formes avec atteinte de la queue de cheval :

- Parésie flasque du membre inférieur, troubles sphinctériens, anesthésie périnéale en selle
- Provoquée par une grosse HD exclue en bloc ou en plusieurs fragments.
- Elle laisse des séquelles ± définitives malgré la chirurgie urgente.

4- Formes avec troubles moteurs :

Existence d'un déficit moteur discret (sciatique parésiante) ou important (sciatique paralysante)

VII- Diagnostic différentiel : sciatiques secondaires

Dans 5-10% des cas. Toute atypie dans le tableau clinique, biologique, radiologique ou dans le mode évolutif doit faire évoquer une sciatique secondaire.

1- Causes rachidiennes :

- Tumeurs osseuses malignes
- Tumeurs bénignes : Ostéome ostéoïde, ostéoblastome.
- Causes infectieuses : Spondylodiscite à germes banals et mal de Pott.

2- Causes intra-rachidiennes :

- Tumeurs :
 - Neurinome : le plus fréquent. Unique ou rentrant dans le cadre d'une neurofibromatose.
 - Epidurite métastatique : fréquente, développement épidual et envahissement de la dure-mère.

3- Conflit contenant-contenu :

- Canal lombaire rétréci :
 - Sténose du canal rachidien (presque toujours osseuse et acquise) par prolifération ostéophytique à partir des apophyses articulaires postérieures arthrosiques, souvent associée à une hypertrophie du ligament jaune et une protrusion discale. Le rétrécissement augmente en lordose (position debout).
 - Souvent sujet de sexe masculin, 50-60 ans.
 - Claudication intermittente sensitivomotrice.

4- Sciatique extra-rachidienne :

- Ce qui n'est pas une radiculalgie du membre inférieur:
 - Pathologie de la hanche: coxarthrose, algodystrophie
 - Pathologie de la sacroiliaque
 - Pathologies vasculaires: thrombose veineuse, artériopathie oblitérante
- Autres radiculalgies communes
 - Névrалgie crurale : L3, L4 Trajet : face ant de la cuisse → genou → face interne de la jambe, amyotrophie quadricipitale, ↓ ou abolition do ROT rotulien, Signe de Léri ou du crural
 - Méralgie paresthésique ou névrалgie du fémorocutané : L1, L2 Zone douloureuse en « raquette » à la face antéro-externe de la cuisse

VIII- Evolution :

Variable

- 1- L'évolution spontanée d'une sciatique non traitée chirurgicalement est favorable dans 92-98% des cas en 3 à 10 ans.
- 2- Évolution défavorable : Peut être traînante, rebelle et se prolonger pendant de nombreuses semaines ou mois malgré un traitement médical bien conduit, peut se compliquer d'un syndrome de la queue de cheval ou d'une paralysie.

IX- Traitement :

A- Moyens :

- 1- Repos : sur un matelas ferme
 - Durant la phase aiguë initiale
 - Durée: 8-10 jours maximum
 - 2- Lombostat :
 - Rigide en plâtre, résine ou matériau thermoformable
 - Porté durant 4-6 semaines dès les premiers jours
 - Action dissuasive
 - 3- Médicaments :
 - Antalgiques : en fonction de la douleur.
 - Niveau I : paracétamol.
 - Niveau II : paracétamol + codéine et/ou Tramadol
 - Niveau III : morphiniques. Rarement utilisés (formes très douloureuses)
 - AINS :
 - Seuls ou associés aux antalgiques pendant 10-15 j .
 - Toutes les molécules peuvent être utilisées.
 - Corticoïdes :
 - La voie générale n'est pas acceptable qu'en cure courte : 20-30 mg/j de prednisone pendant 7 jours.
 - Voie locale : infiltration corticoïde épidual.
- Rythme : 1 à 3 injections.

5- Rééducation fonctionnelle :

- But : aider le malade à prendre conscience des contraintes imposées à son rachis et à apprendre à les contrôler.

- A la phase aiguë : contrôle postural, acquisition des réflexes de verrouillage du rachis.

- A la phase chronique : Physiothérapie, contrôle postural, renforcement des muscles lombo-pelviens et abdominaux, pratique de sport non violent (natation).

6- Traitements chirurgical de la HD :

- Indications urgentes : syndrome de la queue de cheval ; paralysie.
- Indications habituelles : formes hyperalgiques ne répondant pas au traitement médical.
- Résultat : disparition de la sciatique (60%), diminution (30%), échec (10%).