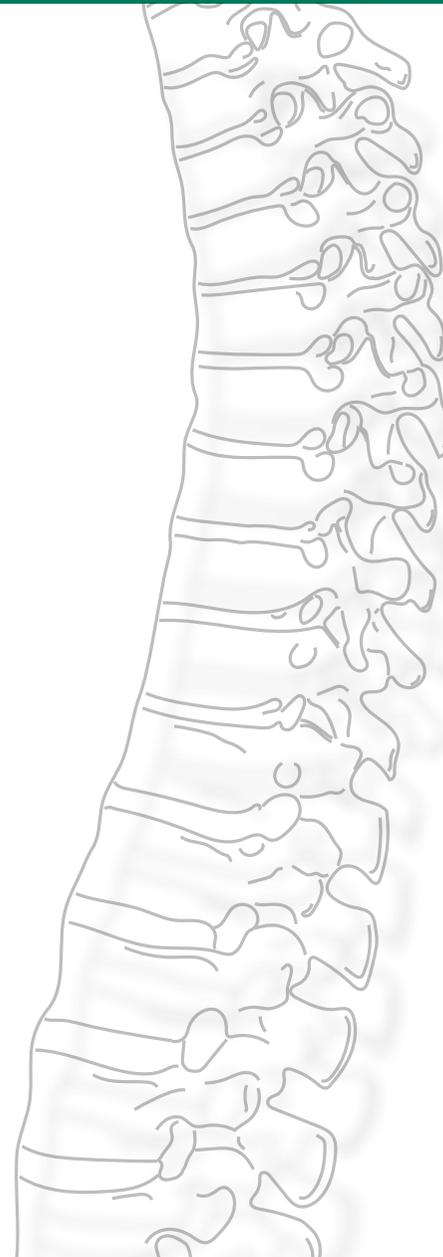


HERNIE DISCALE LOMBAIRE



FIG. 1 - IMAGE CLÉ - Exemple typique de hernie discale lombaire.



XAVIER BANSE
LUDOVIC KAMINSKI
BERNARD LE POLAIN
DELPHINE GUÉBEN
FRÉDÉRIC LECOUVET



Ce chapitre est réalisé par le **service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur des Cliniques universitaires Saint-Luc (Bruxelles)** à l'intention des étudiants du master complémentaire en chirurgie orthopédique de l'**UCLouvain**.

Merci de le citer sous la forme : [AUTEURS DE L'ARTICLE], [TITRE DE L'ARTICLE]. In *Orthopédie pratique - Le bon diagnostic pour le bon traitement - Pathologies rachidiennes*, UCLouvain, Bruxelles, 2022.

UCLouvain

© 2022 - UCLouvain - Faculté de médecine et médecine dentaire - 50, avenue Emmanuel Mounier - B - 1200 Bruxelles.



Cet article est diffusé sous licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Partage dans les mêmes conditions (CC BY-NC-SA)

POINTS CLÉS

- 🔑 La hernie discale lombaire est une pathologie dégénérative commune dont il existe quatre modes de présentation : lumbago, lombo-sciatique ou lombo-cruralgie (avec ou sans déficit) et syndrome de la queue de cheval. La présentation peut être très aiguë ou chronique.
- 🔑 Il existe des variantes cliniques ou radiologiques qui nécessiteront une prise en charge spécifique (hernie foraminale, hernie massive, hernie exclue...).
- 🔑 Le traitement de la hernie discale est d'abord conservateur car l'évolution naturelle est spontanément favorable chez 70 à 80 % des patients.
- 🔑 Le traitement médical utilise des antalgiques, des AINS, du repos relatif et parfois le lombostat. L'altiment n'est que rarement nécessaire.
- 🔑 L'IRM lombaire est l'examen de choix pour faire le diagnostic. Elle n'est vraiment nécessaire que pour localiser la hernie si on envisage une infiltration ou une chirurgie.
- 🔑 Les infiltrations péridurales peuvent donner de bons résultats (souvent temporaires) sur la radiculalgie. C'est un traitement conservateur mais interventionnel.
- 🔑 La chirurgie (microdiscectomie) est indiquée dans les rares cas de syndrome de la queue de cheval ou de parésie significative, régulièrement chez le patient hyperalgique et le plus souvent en cas d'échec du traitement conservateur bien conduit durant six semaines.

DÉFINITION

On définit par hernie discale lombaire (angl : *lumbar disc herniation*) l'extrusion du nucleus pulposus en dehors de l'annulus fibrosus. Dans le cas où ce dernier vient simplement à bomber au-delà de ses contours habituels sans traverser l'annulus, on parlera plutôt de bombement discal (*disc bulge*).

PATHOGÉNIE - HISTOIRE NATURELLE

Le disque intervertébral est composé d'un annulus fibrosus et d'un nucleus pulposus (*figure 2, gauche*). Les mises en charge successives du disque peuvent entraîner une fissure dans l'annulus. Cette rupture est le plus souvent postérieure ou postéro-latérale, car c'est là que l'annulus est le plus mince. La fissure elle-même provoque souvent une lombalgie ou un lumbago surtout quand l'annulus commence à être distendu par le passage d'un fragment de nucleus pulposus.

En effet, l'annulus est la seule structure innervée du disque. Par la suite, du nucleus pulposus (parfois même avec un morceau de cartilage sous-chondral) peut sortir à travers cette fissure et se retrouver dans le canal sur le sac dural (*figure 2, droite*) ou sur un nerf, dans le neuroforamen : c'est la hernie discale lombaire. On appelle séquestre le fragment discal extrudé. Lorsque le séquestre entre en contact ou comprime une racine nerveuse, il y a un conflit disco-radiculaire et les symptômes changent de nature.

L'histoire naturelle de la hernie discale est la guérison spontanée. Bien souvent, on verra le séquestre être l'objet d'une réaction inflammatoire puis d'une résorption par des macrophages. Ainsi, le séquestre vu à l'IRM sur la *figure 2* peut disparaître en deux ou trois mois sur une IRM de contrôle (par ailleurs inutile). On pense que, plus le séquestre est contenu (encapsulé), moins il a de chances de se résorber. Idem s'il reste en lien avec le disque source qui le pressurise. À l'inverse, plus le séquestre est isolé, plus il sera résorbé. Donc, même si l'évolution anatomopathologique et clinique est

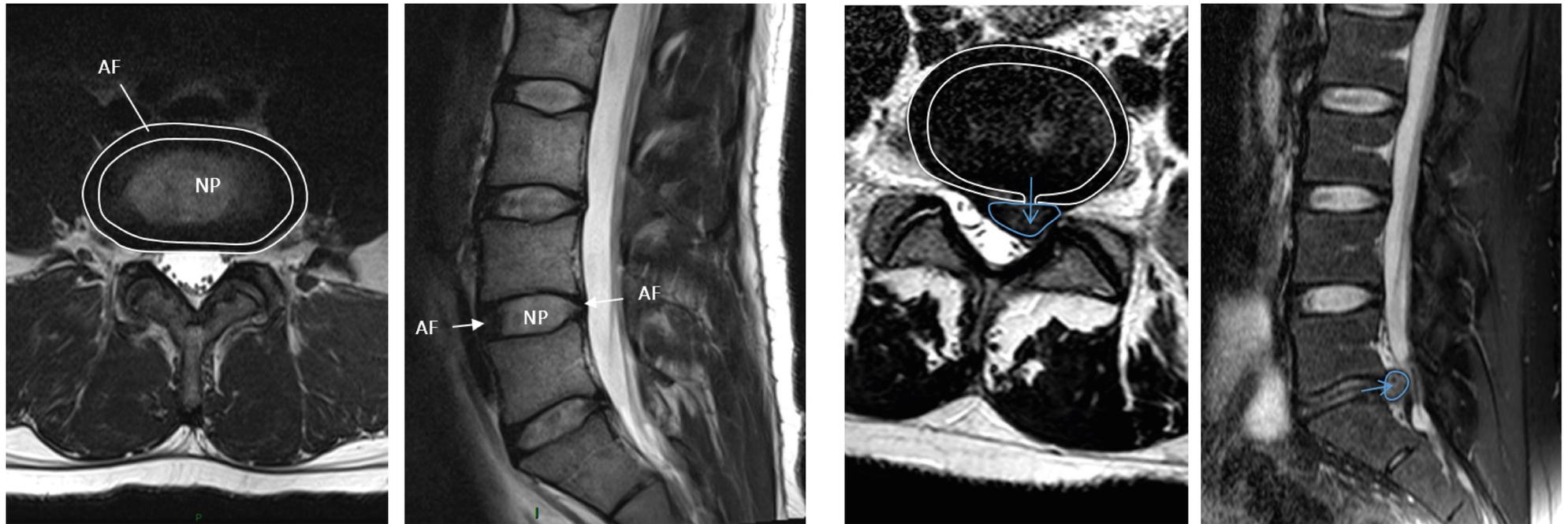


Fig. 2 - À gauche, IRM (T2) d'un disque normal en coupe axiale passant par le niveau L4-L5, puis en coupe sagittale. Les deux traits blancs délimitent l'annulus fibrosus (AF) qui engaine solidement le nucleus pulposus (NP). Sur l'image sagittale, on note que le disque est limité en haut et en bas par les plateaux vertébraux des vertèbres adjacentes. À droite, illustration d'une hernie discale L5-S1. En coupe axiale, on note la disruption de l'annulus (flèche bleue) et l'extrusion d'un fragment de nucleus (entouré d'un trait bleu : c'est le séquestre). Celui-ci est dans le récessus L5-S1 gauche et entre en conflit avec la racine S1 gauche.

assez souvent spontanément bonne, elle reste imprévisible. Un an après l'épisode initial, on peut considérer que, sans intervention, 20 % des patients restent symptomatiques.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

Le taux d'incidence annuel de la hernie discale dont la symptomatologie est dominée par la radiculalgie est estimée à 5 cas pour 1 000 adultes (*Koes et al. 2007*). Beaucoup de hernies passent inaperçues ou ne provoquent qu'un pénible épisode de lumbago. On estime le nombre de cas à 50 000 cas par an en Belgique.

La hernie discale lombaire ne peut pas être considérée comme un accident bien qu'elle se présente parfois comme un événement aigu. Il existe des facteurs favorisants comme les métiers lourds avec levage de charges importantes, mais fondamentalement, c'est une pathologie dégénérative. Il existe une prédisposition familiale (génétique) qui semble peser bien plus lourd que la charge physique.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Il est bien documenté que des hernies discales peuvent survenir de façon tout à fait asymptomatique. Malgré tout, le tableau est dominé par un

syndrome douloureux, parfois associé à un déficit sensitif ou moteur. Un épisode de hernie discale peut constituer pour un patient **l'expérience la plus douloureuse de sa vie**.

Si l'on se réfère au chapitre *Considérations générales sur le rachis dégénératif*, dans le **tableau 1** qui reprend différents symptômes, la hernie discale se présente souvent sous la forme d'une lombalgie aiguë ou lumbago (7) ou d'une lombo-sciatique (10). Cette dernière est la manifestation la plus classique et la plus caractéristique de la hernie discale. Plus rarement, on observera une lombo-cruralgie (9), un déficit moteur du membre inférieur (11) ou une inclinaison du dos (scoliose d'attitude, 14) en association avec d'autres symptômes mentionnés ci-dessus. Enfin exceptionnellement, on peut observer un syndrome de la queue de cheval (13).

Ces tableaux cliniques peuvent se combiner, ou se succéder. La séquence la plus classique est : lumbago, suivi d'une sciatique, parfois suivie d'un déficit. Le fait que le patient puisse indiquer une date de début de la symptomatologie est très évocateur d'une hernie discale.

► Le **lumbago** (angl. *acute lumbar pain*) est, par définition, une crise de lombalgie aiguë. La hernie discale n'est pas la seule cause de lombalgie aiguë, mais elle fait partie des étiologies les plus fréquentes. Le patient ressent une douleur rachidienne lombaire basse. Il la localise à hauteur des segments L4, L5 ou du sacrum. Parfois la douleur est centrale, parfois latéralisée et irradiant vers la crête iliaque, les sacro-iliaques ou la fesse. Le patient cherche une position antalgique. Celle-ci est variable mais il doit souvent se coucher. La mise en charge du rachis augmente la douleur, tout comme s'il se penche en avant, s'il bouge et surtout s'il tousse. Le patient est parfois « cloué au lit ». Le lumbago est lié essentiellement à la fissure dans l'annulus (qui est innervé sur sa fibre externe) et au passage du fragment de disque à travers.

► La **lombo-sciatique** (ou sciatique, angl. *sciatica*) suit parfois le lumbago. Après quelques heures ou quelques jours de douleur purement lombaire, la sciatique apparaît. Le disque « accouche » de son séquestre et le conflit disco-radicaire devient symptomatique.

Par définition, la sciatique est une douleur irradiée de la fesse vers la face postérieure de la cuisse et de la jambe (S1) ou sur la partie plus externe de la cuisse et le bord externe de la jambe (L5). L'irradiation se termine sur le bord externe du pied (S1) ou sur les orteils médians (L5). Typiquement pour une sciatique L5, les patients montrent la cheville. Pour une sciatique S1, les patients montrent la face postérieure du mollet (**figure 3, gauche**). Lorsque la douleur descend en dessous du genou, on parlera de sciatique complète. Tout le territoire du métamère est douloureux. Si seule la douleur à la face postéro-externe de la cuisse est présente, on parlera de sciatique incomplète. C'est souvent une douleur très intense.

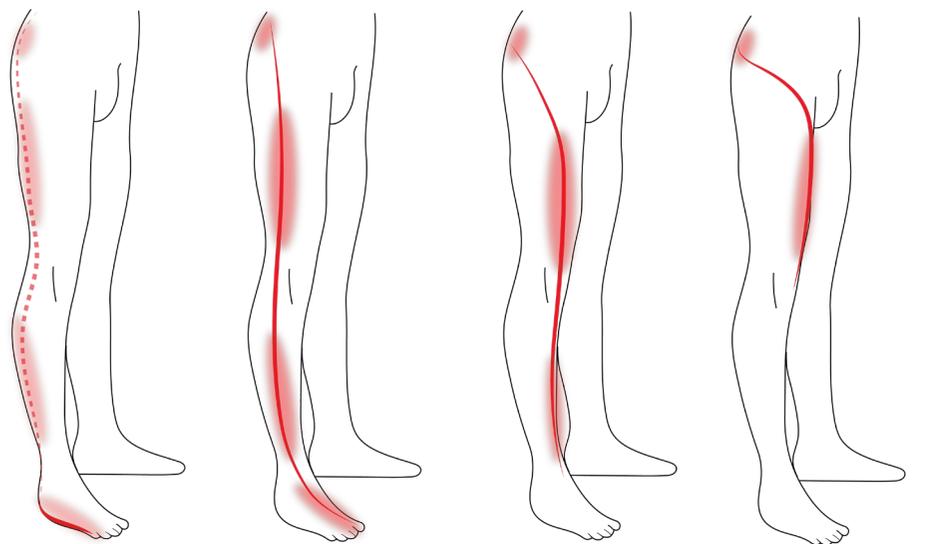
Le tableau de lombo-sciatique s'enrichit parfois d'un déficit **sensitif ou moteur**. Alors que la douleur est causée par une irritation, voire une compression de la racine, le déficit est causé par une souffrance sur un excès de compression mécanique. On observe parfois que le patient a beaucoup moins mal alors que le déficit s'installe. Dans un tableau déficitaire S1, le patient note un manque de force propulsive dans le mollet et dans la flexion du gros orteil, il ne peut plus marcher sur la pointe des pieds ou présente un endormissement du bord externe du pied (vers le petit orteil). Dans le déficit typiquement L5, le releveur du gros orteil et les releveurs du pied sont faibles. À la marche, on note une parésie des releveurs (ou *drop foot*), il ne sait plus marcher sur ses talons. Le patient peut mentionner un endormissement du deuxième et troisième orteil, de la plante ou du dos du pied, voire du bord externe de la jambe.

► Dans la **lombo-cruralgie**, le patient va parler plutôt d'une douleur vive à la face antérieure de la cuisse. Il s'agit d'une présentation plus rare de radiculalgie (5 à 10 % des cas). Si le patient précise que la douleur ne descend pas en dessous du genou, on pensera plutôt à L3. Si la douleur descend très typiquement sur la crête tibiale (voire le bord interne du pied), on pensera à L4 (**figure 3, droite**).

En cas de déficit, il faut savoir que la parésie L3 ou L4 s'associe à une faiblesse du quadriceps et le patient peut « passer au travers de son



genou ». Seule la parésie L4 peut s'associer à un déficit du jambier antérieur (et donc des releveurs du pied, mais pas des orteils ou de l'hallux typique de L5). Les cruralgies ont, en moyenne, plus tendance à être hyperalgiques car elles sont plus souvent causées par des hernies foraminales (voir ci-dessous). Dans ce cas le patient ne dort plus tellement la douleur est insupportable. Il passe la nuit dans un fauteuil. Rien ne l'apaise. La douleur devient d'emblée neuropathique, car c'est le ganglion sensitif qui est comprimé, et les neurones sensitifs qui s'y trouvent sont en souffrance.



Radiculalgie S1

Radiculalgie L5

Radiculalgie L4

Radiculalgie L3

Fig. 3 - Territoires de radiculalgies ou d'hypoesthésies. Pour les métamères L5 et S1, on parlera de sciatique. Pour les métamères L3 et L4, on parlera alors de cruralgie.

► Le **syndrome de la queue de cheval** (angl. *cauda equina syndrome*) est une présentation très rare de la hernie discale (< 1 %). Dans ce cas, le séquestre est massif et comprime l'ensemble des racines de la queue de cheval (en tout cas les racines S2 à S5 qui contrôlent les sphincters). Par définition, il y a des symptômes sphinctériens associés à un problème lombaire ou radiculaire (*Raj et al. 2008*). On trouvera soit une incontinence urinaire ou fécale (partielle ou complète), soit à l'opposé, une rétention urinaire ou une constipation avec une anesthésie du périnée. Y sont associés des symptômes radiculaires déficitaires ou non.

On observe parfois en association avec le lumbago ou avec la lombo-sciatique une contracture réflexe des muscles paravertébraux. La colonne se déforme en baïonnette et le patient se présente réellement penché sur le côté ou penché en avant (*fig. 4*). Il s'agit d'une « fausse » scoliose, d'une **scoliose d'attitude**, induite par la douleur. Elle se voit à la radio (qui n'est pour autant pas indiquée) mais s'il y a bien une perte d'alignement des vertèbres dans le plan coronal, il n'y a pas de rotation vertébrale comme dans les scolioses vraies. C'est un tableau relativement rare mais, dans ce cas, la déformation du tronc est bien causée par la hernie discale.



Fig. 4 - Scoliose d'attitude ou déformation en baïonnette du rachis liée à une contracture réflexe des muscles paravertébraux (ici à droite) sur une hernie discale. Cette présentation est assez rare.

EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique se déroule en quatre parties : localisation de la douleur, examen du dos, examen neurologique et recherche de signes d'irritation radiculaire.

✧ Il est souvent difficile de faire préciser au patient où il a mal. Pourtant c'est un élément capital du diagnostic. Après s'être déshabillé, le patient doit indiquer la **localisation de la douleur**, et son irradiation. Il faut vraiment demander au patient de mettre la main où il a mal et où irradie la douleur, car il est très difficile pour les patients de l'exprimer verbalement et correctement. Il faut tenir compte du fait que le tableau a pu changer au fil du temps et garder à l'esprit les segments et les métamères. À ce stade, on sait déjà à quel tableau clinique on a affaire.

✧ **L'examen de la colonne lombaire** doit être fait systématiquement, bien qu'il n'apporte que rarement des éléments spécifiques. En effet en cas de lumbago ou de scoliose d'attitude, on verra bien une contracture des muscles paravertébraux, une limitation des latéoflexions et surtout une distance doigt-sol limitée. En pratique, c'est surtout utile pour vérifier s'il n'y a pas de cicatrices sur le dos car les patients oublient parfois de mentionner qu'ils ont déjà été opérés. Typiquement, en cas de hernie, la palpation des facettes ou des épines n'évoque aucune douleur.

✧ **L'examen neurologique** est décrit dans le chapitre *Anamnèse et examen clinique du rachis*. En pratique, on demande au patient de marcher sur les talons et sur la pointe de pieds et on lui demande s'il sait monter les escaliers pour tester respectivement L5, S1 et L3-L4. On teste parfois le psoas (L2-L3). Le jambier antérieur et le releveur de l'hallux peuvent être testés patient assis, avec les pieds ou les talons sur le sol. Une asymétrie dans les réflexes rotuliens (L3-L4) ou achilléens (S1) peut être relevée. Une compression radiculaire peut diminuer ou abolir les réflexes. L'hypoesthésie est recherchée sur les différents métamères et en recherchant une différence entre la gauche et la droite.

La recherche systématique d'un déficit est un des éléments qui détermine le plus le degré d'urgence pour la mise au point et le traitement.

✧ En cas de lombo-sciatique, la **manœuvre de Lasègue** (angl. *straight leg raising*) permet, si elle est positive d'augmenter la suspicion de hernie discale (bonne sensibilité : 92 %, mais peu spécifique). C'est un signe de conflit disco-radiculaire (*Deville et al. 2000*). Lors de la manœuvre, l'opérateur va mettre sous tension le nerf sciatique, tirer sur le plexus sacré et ainsi augmenter le conflit disco-radiculaire. Le patient est installé en décubitus dorsal. On commence toujours par le côté sain. La sciatique ressentie par le patient est induite en élevant la jambe (genou en extension). Lors de l'élévation, le patient mentionne une douleur dans la fesse, à la face postérieure de la cuisse puis dans la jambe et parfois le pied. L'opérateur arrête l'élévation dès que la douleur est significative. La manœuvre n'est positive que si la flexion du genou soulage le patient (fig. 5).

Certains patients ont un **Lasègue controlatéral** (souvent absent mais très spécifique, 90 %). Par exemple, vous stimulez la sciatique droite en levant la jambe gauche. C'est évidemment moins « complet » ou sévère qu'avec le côté homolatéral, mais n'allez pas croire que le patient simule.

Pour les cruralgies, il existe le **signe de Léri** ou le **PKB**. Le patient est alors couché sur le ventre et on fléchit le genou. On induit alors la cruralgie. On notera que le Lasègue et le Léri sont en général négatifs en cas de hernie foraminale (cf. chapitre *Anamnèse et examen clinique du rachis*).

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Si l'on suspecte une hernie discale, le mieux est de chercher à la voir. L'examen de choix est l'**IRM** lombaire. En deuxième choix, on peut utiliser le CT-scan (en cas de difficulté d'accès, de délai ou chez un patient claustrophobe). On ne recommande plus l'utilisation des radiographies standard pour le diagnostic des pathologies discales.

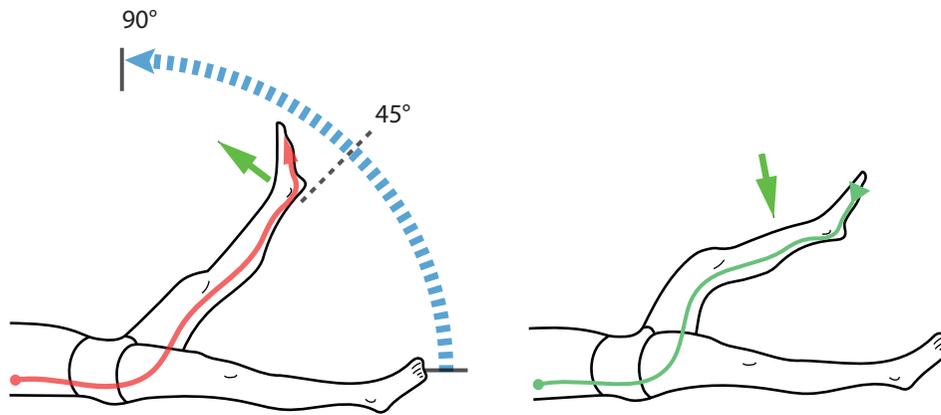


Fig. 5 - Manœuvre de Lasègue.

L'IRM (ou le CT-scan) permettent :

- ↗ de poser le diagnostic de hernie discale ;
- ↗ de caractériser s'il s'agit d'un bombement, d'une protrusion, d'une extrusion ou d'un fragment discal exclu ;
- ↗ de localiser la hernie dans le plan sagittal et transversal.

Ces informations permettent surtout de savoir avec quelle racine la hernie rentre en conflit. La bonne **corrélation anatomo-clinique** est essentielle pour une bonne prise en charge. Par exemple, n'incriminez pas une protrusion gauche pour une sciatique droite. Il faut néanmoins se rappeler que **(a)** parfois de petites hernies sont très mal tolérées alors que de très grosses peuvent l'être très bien et que **(b)** il existe chez 10 % des patients des anomalies de segmentation qui font que le métamère clinique (là où le patient présente les symptômes) ne correspond pas toujours exactement au métamère anatomique théorique. Les anomalies de transition induisent souvent une distribution à cheval sur deux métamères. Comme la stratégie de prescription d'examens est intimement liée aux décisions thérapeutiques (attendre, infiltrer, opérer), elle est décrite plus loin.

TERMINOLOGIE ET VARIANTES

Anatomiquement, il y a hernie et hernie. Protrusion, extrusion et fragment exclu sont des termes qui décrivent les rapports entre le disque d'origine et sont décrits dans le tableau ci-dessous et la figure 6.

▷ **Tableau 1** - Terminologie des modifications anatomiques du disque.

TERMINOLOGIE	DÉFINITION	COMMENTAIRE
Bombement discal (angl. <i>disc bulge</i>)	Débord global et concentrique du disque au-delà des contours des plateaux vertébraux, plus ou moins régulier et symétrique, lié à la perte de hauteur du disque	D'observation banale chez le sujet asymptomatique. Ce n'est pas une hernie
Protrusion discale (angl. <i>disc protrusion</i>)	Débord focal à base plus large que ses autres dimensions antéropostérieures (transversale et sagittale). Le séquestre est encore couvert par la couche superficielle de l'annulus et le ligament longitudinal postérieur (LLP). Il s'étale sous celui-ci	Occasionnellement observée dans une population asymptomatique. C'est une hernie contenue
Extrusion discale (angl. <i>disc extrusion</i>)	Débord focal marqué à base plus étroite que le diamètre du débord (transversal et sagittal) avec ou sans communication avec le disque d'origine. Il y a passage de matériel issu du complexe discal central à travers l'annulus externe (>< protrusion)	Exceptionnel chez le sujet asymptomatique. C'est une vraie hernie discale
Fragment discal exclu	Extrusion discale ayant perdu tout contact avec le disque d'origine. Le séquestre est à distance, il s'est isolé de son origine	Exceptionnel chez le sujet asymptomatique

Dans le plan axial et sagittal la hernie ou le séquestre peuvent avoir des localisations variables qui font qu'avec le même disque d'origine, une hernie va rentrer en contact avec l'une ou l'autre racine. Dans le plan axial (fig. 7), une hernie peut se loger au milieu du canal et ne pas rentrer en conflit avec une racine, sauf si sa masse entraîne un canal lombaire étroit aigu. Plus latéralement, on va retrouver la zone du récessus (littéralement le coin du canal), qui est le site privilégié des hernies lombaires, puis la zone foraminale et la zone extraforaminale.

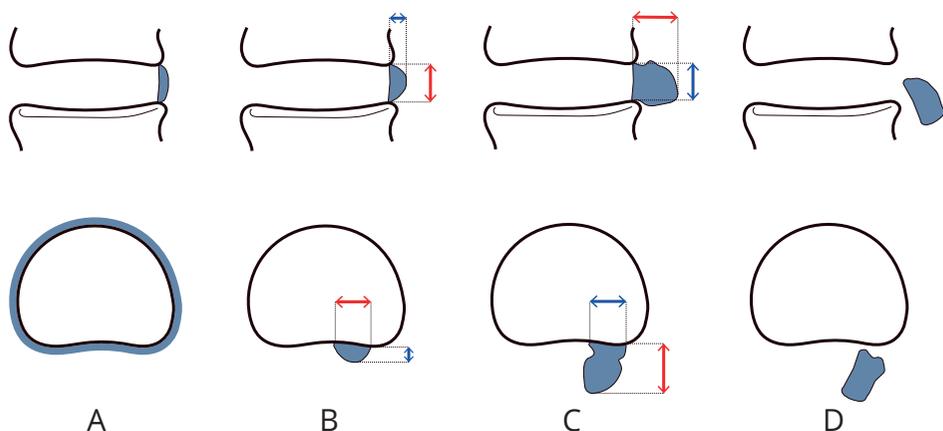


Fig. 6 - De gauche à droite, on distingue le bombement discal (A), la protrusion (B), l'extrusion (C) et le séquestre (D). D'après *Cosnard et Lecouvet, 2007*.

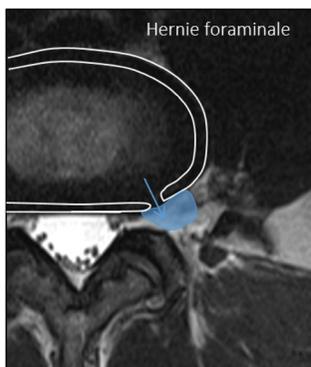
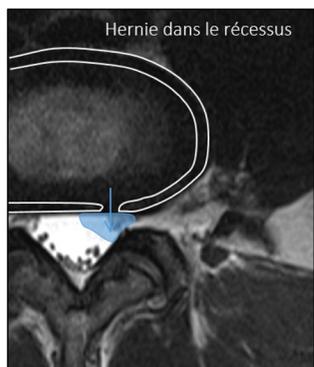
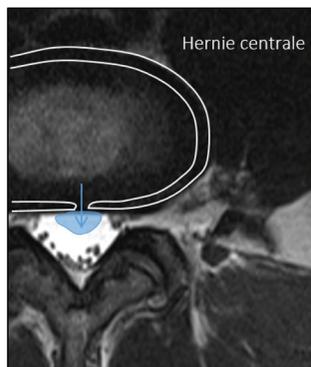
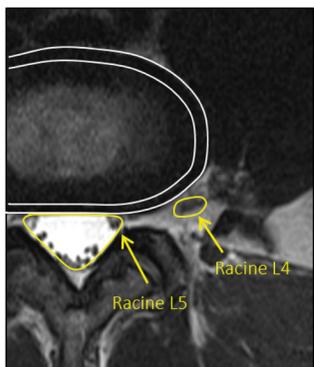


Fig. 7 - En haut à gauche, sur une coupe IRM axiale T2 passant par le disque L4-L5, on localise bien la racine L4 qui sort par le neuroforamen et la racine L5 qui se loge dans le récessus. En haut à droite, une hernie centrale a pour particularité qu'elle peut n'irriter aucune racine. En bas à gauche, on voit la localisation postérolatérale de la hernie (dans le récessus). C'est la localisation la plus classique. Dans le cas d'une hernie L4-L5, la hernie rentre en conflit avec L5. En bas à droite, la hernie est foraminale (ou post-foraminale). Elle est extra-canaulaire et rentre en conflit avec le ganglion de L4 (et non L5).

Dans le plan sagittal (fig. 8), une hernie peut rester à la hauteur du disque, migrer vers le haut (elle est alors ascendante, se logeant « dans l'aisselle » de la racine sus-jacente) ou migrer vers le bas (elle est alors descendante).

Ainsi, une hernie L4-L5 pourra entraîner une cruralgie L4 (si elle est foraminale ou ascendante, ce qui est plutôt rare) ou une sciatique (si elle est dans le récessus ou descendante). Idem pour chaque niveau.

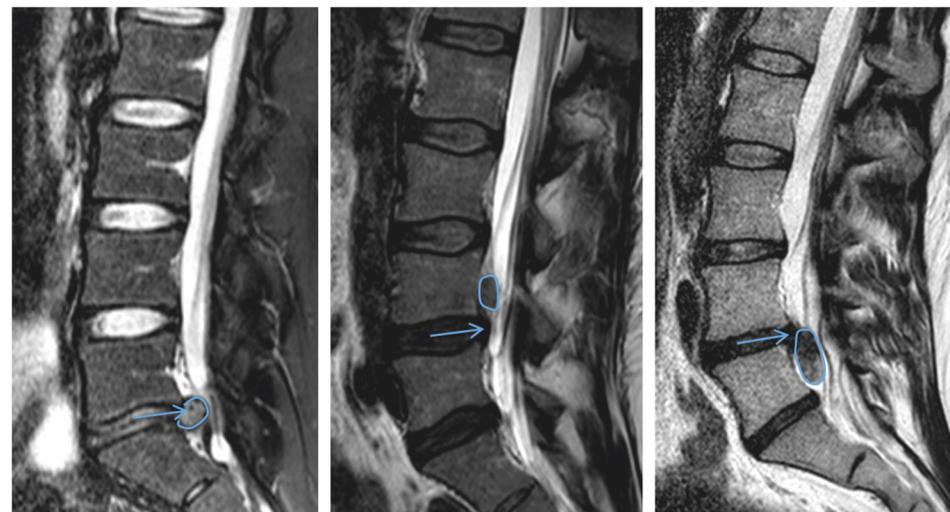


Fig. 8 - Coupes sagittales en IRM T2 (et T2 Fat Sat) montrant comment une hernie peut migrer dans le plan sagittal : neutre, ascendante ou descendante. À gauche, une extrusion L5-S1 se trouve exactement à hauteur du disque : elle est neutre. Au milieu, le séquestre d'une hernie exclue a migré en ayant un trajet ascendant et s'est placé bien au-dessus du disque. Bien que venant de L4-L5 et intracanaulaire, ce séquestre ne peut pas irriter L5 mais rentrera en conflit avec L4. À droite, le séquestre L4-L5 est bien descendant et vient se mettre sur la racine L5.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

UN AUTRE DIAGNOSTIC ?

Tous les patients qui ont un lumbago, une lombo-sciatique ou une lombo-cruralgie n'ont pas une hernie discale. Il faut être particulièrement vigilant chez les patients qui présentent une suspicion ou un diagnostic de cancer, d'ostéoporose ou d'infection (*Red Flags, Downie et al. 2013*). Ainsi, on se méfiera



d'un patient qui présente un antécédent de cancer, une perte de poids inexplicable, de la température... Pratiquement, dans ces situations, on devra recourir plus vite à l'IRM (voir figure 2) et on inscrira le traitement dans une autre démarche si le diagnostic de compression radiculaire non discale se confirme (prise en charge globale du cancer, diagnostic et traitement d'une spondylodiscite...).

GRAVE OU PAS GRAVE ?

Parmi les tableaux cliniques liés à une hernie discale lombaire (lumbago, lombo-sciatique ou lombo-cruralgie, déficitaire ou non, syndrome de la queue de cheval, contracture...), il existe bien sûr toute une gradation de gravité :

- ✦ la douleur peut s'évaluer par l'échelle de la douleur (*Visual Analogic Scale*, **VAS** lombaire/membres), par la consommation de médicaments, ou indirectement par l'évaluation des activités. Certaines hernies amènent le patient à être hyperalgique. Typiquement un patient est « frénétique » ne sachant pas rester assis cinq minutes ou à l'inverse reste prostré, abattu par la douleur, et ne marche pas,
- ✦ la perte de force (ou parésie) se mesure par la cotation de 0 à 5 dans les différents groupes musculaires (cf. chapitre *Anamnèse et examen clinique du rachis*),
- ✦ même les troubles sphinctériens peuvent être subtiles ou d'emblée évidents.

Par principe, tout **déficit neurologique** est considéré comme grave, et constitue une urgence, mais il doit faire l'objet d'une évaluation de sa sévérité.

Un concept très important est celui **d'évolutivité**. Il faut rester disponible, réexaminer, réévaluer le patient régulièrement et ressentir si les choses sont d'évolution favorable ou non. L'évolutivité n'est pas prédictible, d'où la nécessité de bien suivre les patients. Bien sûr, le type de présentation est lié à des variantes anatomiques.

Néanmoins à hernie égale, les patients peuvent être très symptomatiques (du point de vue neurologique ou algique) ou, pour des raisons qui nous échappent, très peu symptomatiques.

ESCALADE THÉRAPEUTIQUE

Entre ne rien faire et hospitaliser un patient pour l'opérer en urgence, toutes les options thérapeutiques sont valables. En général, on va utiliser consécutivement des moyens de plus en plus lourds en fonction de la situation. C'est une stratégie payante si l'on considère l'évolution naturelle de la hernie discale (voir ci-dessous). L'idée est donc d'aider les patients durant une période suffisante pour leur donner une chance de guérir sans devoir être opérés.

PRINCIPE DE BASE

Le principe de base reste de **soulager le patient le plus rapidement et le plus efficacement possible**. Même si l'enjeu neurologique peut dominer les préoccupations, il faut garder à l'esprit l'impact négatif que peut avoir une période de douleur intense sur la vie d'un patient. Outre la pénibilité, la douleur peut avoir des conséquences significatives sur la vie personnelle, familiale ou professionnelle du patient.

SCHÉMA GLOBAL DE PRISE EN CHARGE

La figure 9 illustre le schéma global de prise en charge d'une hernie discale.

TECHNIQUE DE TRAITEMENT

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

En l'absence de contre-indication sérieuse, les anti-inflammatoires sont très bien indiqués pour traiter les radiculalgies. On prescrira p. ex. du diclofenac® 75 mg retard, 2x par jour (voire 100 mg chez les patients corpulents),

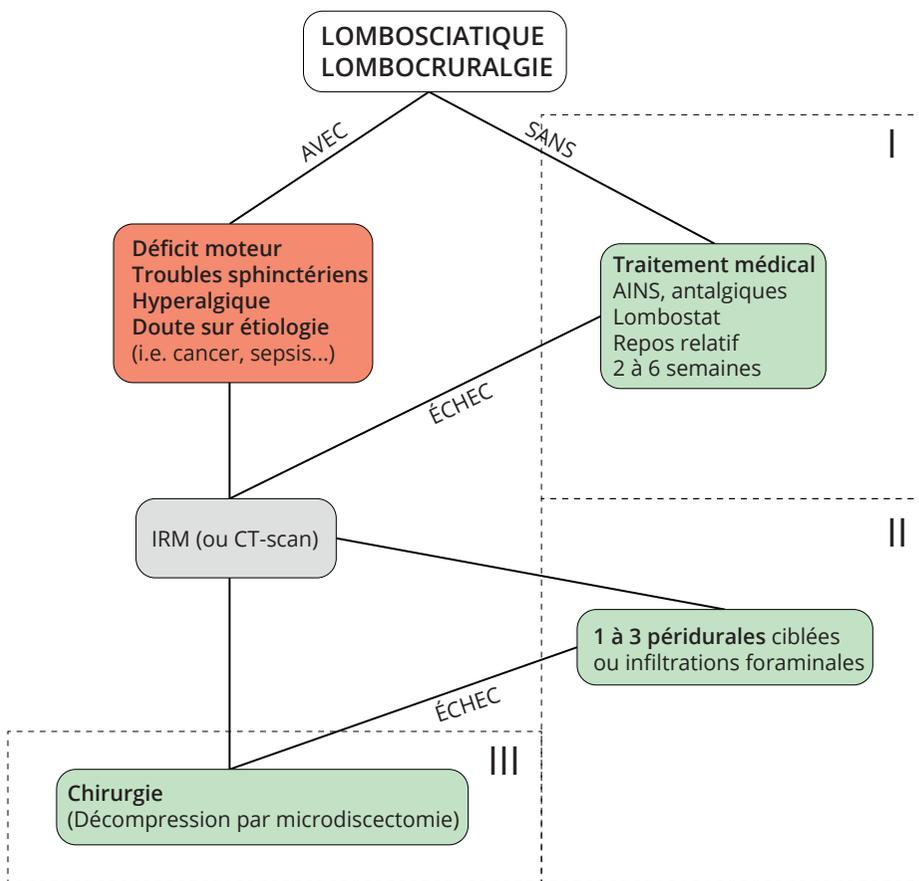


Fig. 9 - Schéma de prise de décision chez un patient présentant un tableau clinique de hernie discale. Le diagnostic peut être fait cliniquement et un traitement conservateur peut être engagé. L'IRM n'est nécessaire qu'en cas de doute ou de déficit neurologique ou encore si on envisage un traitement invasif.

ou l'ibuprofène 600 mg, 3x par jour. Il faut d'office ajouter du paracétamol 1 g, 3x par jour. Dans certains cas il est utile d'ajouter un antalgique morphinique de classe 2 : p. ex. tramadol 50 mg, 3 à 6x (ou Valtran® 4 x 20 gouttes, soit 50 mg). Le plus efficace est de proposer de prendre ce médicament à la demande, en fonction de sa douleur. Si le patient est très algique on pourra exceptionnellement, et quelques jours seulement, utiliser un morphinique plus puissant (p. ex. Oxynorm® 5 mg) surtout s'il est alité.

Si la combinaison anti-inflammatoires + paracétamol peut être utilisée durant des semaines, on se méfiera de l'utilisation prolongée des morphiniques (spécialement sous forme de patches). Les myorelaxants ou les benzodiazépines ne sont pas indiqués.

LOMBOSTAT ET REPOS

Chez le patient présentant une lombalgie significative, le port d'un lombostat peut soulager et rassurer le patient. Il faut donner la préférence à des ceintures à baleine, mais pas nécessairement faites sur mesure et il faut que l'abdomen du patient s'y prête (fig. 10). On recommande généralement de porter le lombostat de 6 à 12 h par jour. Ce type de contention n'a pas d'effet significatif sur la musculature lombaire si son usage est limité dans le temps. Si un bilan IRM a été fait (ce qui n'est pas obligatoire), le lombostat est particulièrement indiqué en cas de fissure discale, ou en cas de hernie centrale contenue. On estime que les lombostats stabilisent mal le niveau L5-S1. Parfois ils n'aident pas du tout.

Il n'est plus recommandé de mettre le patient souffrant de hernie discale au repos strict (Dahm et al. 2010) et certainement pas de l'aliter d'office des semaines durant. La majorité des patients doivent modifier ou arrêter leurs occupations professionnelles durant une période très variable. L'alitement



Fig. 10 - Un lombostat est parfois utile, surtout si la lombalgie domine le tableau.



peut aider certains patients qui ont très mal en position assise ou debout, mais d'autres préfèrent dormir semi-assis ou bouger sans cesse. En résumé, pas de dogme.

INDICATION D'IMAGERIE MÉDICALE

Selon le schéma proposé à la [figure 9](#), il est indiqué de faire un bilan d'imagerie (IRM) dans plusieurs situations :

- ✦ s'il existe un contexte oncologique, ostéoporotique ou septique, dans des cas où le diagnostic clinique est douteux (*red flags*),
- ✦ s'il y a suspicion de syndrome de la queue de cheval, c'est-à-dire si le patient a une plainte sphinctérienne,
- ✦ s'il y a un déficit moteur (ou sensitif) au membre inférieur qui fait envisager une chirurgie (voir ci-dessous),
- ✦ en cas d'échec du traitement de la douleur par médicaments (palier 1) si on envisage une infiltration ou une intervention.

Si le CT-scan a presque la même capacité diagnostique que l'IRM pour objectiver une hernie chez un patient non opéré, l'IRM sera préférée en suivant un principe général de radioprotection. L'IRM est indiquée en cas de suspicion de cancer ou de sepsis, et surtout si le patient a déjà été opéré de la colonne.

INFILTRATIONS

Si les médicaments ne fonctionnent pas par voie générale, on peut le déposer localement. C'est tout le principe de l'infiltration quel que soit le site cible. Bien que l'efficacité de l'infiltration d'un corticoïde dépôt par voie péri-durale ou radiculaire sélective semble relativement marginale ([Oliveira et al. 2020](#)), ce geste rend bien des services dans la pratique de tous les jours. Les infiltrations sont indiquées uniquement en cas de radiculalgie (sciatique ou cruralgie) non déficitaire, beaucoup moins en cas de lombalgies ([fig. 11](#)). Une infiltration rachidienne est un acte invasif léger qui doit se faire en

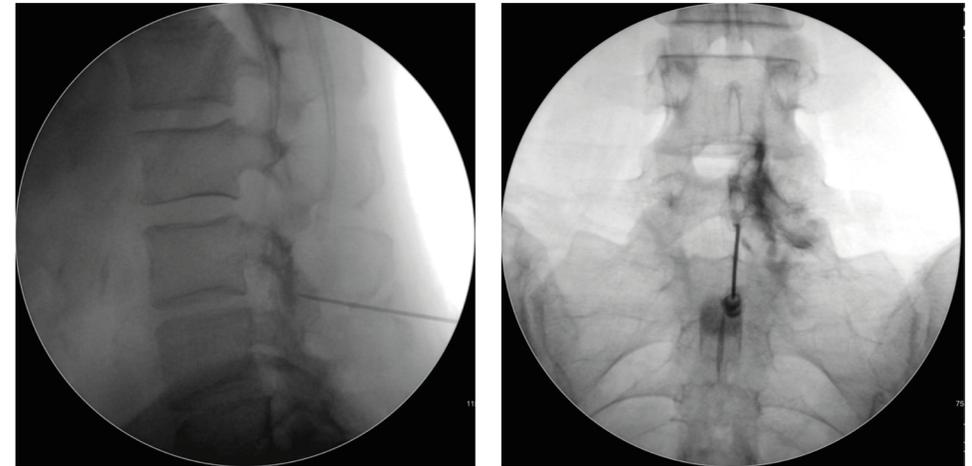


Fig. 11 - Les infiltrations péri-durales permettent de placer un corticoïde dépôt dans le canal le long du sac dural et des racines. À gauche milieu : trajet de l'aiguille vers l'espace péri-dural. À droite : opacification de l'espace péri-dural et de l'émergence radiculaire.

milieu hospitalier. Elle doit être réalisée par des anesthésistes expérimentés pour garantir la meilleure sécurité. L'indication doit être posée avec soin et être motivée. Il est donc indispensable d'avoir obtenu un bilan complémentaire pour confirmer le diagnostic et la topographie de la hernie discale lombaire. Des précisions sur les indications, contre-indications et précautions se trouvent dans le chapitre [Techniques d'algologie](#).

MICRODISCECTOMIE

Voici les **indications chirurgicales** par ordre de fréquence :

- ✦ l'échec du traitement conservateur avec des douleurs importantes dominant au niveau radiculaire depuis **plus de six semaines**,
- ✦ le **déficit moteur (a)** soit sévère ($\leq 3/5$), soit **(b)** n'évoluant pas bien, soit **(c)** au niveau des fléchisseurs S1 (L5 est mieux toléré). Dans ces cas, il convient d'intervenir dans le meilleur délai : moins de 24h, idéalement quelques heures*,

* Pour le déficit moteur, le bénéfice comme le délai idéal restent sujets à controverse ([Sharma et al. 2012](#)) mais cette indication est communément admise dans la communauté médicale.

- ✦ Le patient **hyperalgique** qu'on n'arrive pas à aider autrement est une bonne indication opératoire, sans attendre les six semaines,
- ✦ le syndrome de la **queue de cheval** est une indication formelle d'intervenir en urgence (délai < 24h, idéalement quelques heures).

La bonne concordance entre l'anatomie observée à l'imagerie (quel niveau, quel côté, quelle racine) et la clinique (quel dermatome, quel côté...) est cardinale dans l'indication chirurgicale. Il faut bien identifier la cible avant de se décider à opérer. Par contre, en soi, la taille de la hernie importe peu. Ce sont ses conséquences cliniques qui importent.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

La cure de hernie discale se pratique actuellement principalement par microdiscectomie. Le patient est installé sur le ventre sous anesthésie générale, on aborde la lame et l'espace interlaminaire, on procède à une exérèse du ligament jaune, on écarte la racine concernée et on visualise la hernie (fig. 12). On doit retirer le séquestre (séquestrectomie) et parfois décompresser le disque intervertébral en passant par l'orifice qui a donné lieu à la hernie (microdiscectomie partielle). L'idée de base est de décompresser le sac dural et, le plus souvent, la racine qui reste l'objet de toutes les attentions (dans l'indication et durant l'intervention). Il ne peut plus y avoir de tissu discal au contact de la racine.

LE BON MOMENT POUR OPÉRER

Lorsqu'on envisage une cure de hernie discale, on doit savoir que le bénéfice majeur est de raccourcir la période douloureuse. C'est clairement démontré par plusieurs études, une des plus solides étant celle de *Peul et al. (NEJM, 2007)* qui concerne des patients chez qui on est intervenu 6 à 12 semaines après le début de la sciatique (fig. 13). Pour les patients qui ont une sciatique depuis plus de 12 semaines (c'est-à-dire chronique, par définition), une étude récente par *Bailey et al. (NEJM, 2017)*, montre que le bénéfice est présent et que

l'évolution est meilleure après chirurgie qu'en recourant aux médicaments, à la kiné et aux infiltrations.

COMPLICATIONS

Les complications du traitement conservateur sont rares et limitées. Par contre, il existe quelques complications à la microdiscectomie. D'abord, le succès n'est au rendez-vous que dans 90 % des cas. Même en étant sélectif, certains patients sont déçus du résultat de l'intervention. Ensuite, il y a de vraies récidives. Cela arrive dans **5 %** des cas. Il faut alors refaire une IRM.

Les complications opératoires de la microdiscectomie sont : la brèche durale qui impose 48h d'alitement strict, l'hématome postopératoire (rare, mais qui impose une reprise), la blessure radiculaire (liée aux manipulations tout autant qu'au statut préopératoire et souvent réversible) et enfin l'infection. Le risque de discite bactérienne postopératoire est très faible mais son diagnostic est difficile. En cas de suspicion de complication ou de récurrence, une IRM (éventuellement avec injection de gadolinium) est indispensable.

CAS NON ABORDÉS OU VARIANTES

Le tableau très rare de **syndrome de la queue de cheval** est incomplètement abordé ici, mais est couvert par une lecture complémentaire. **C'est une urgence chirurgicale vraie.**

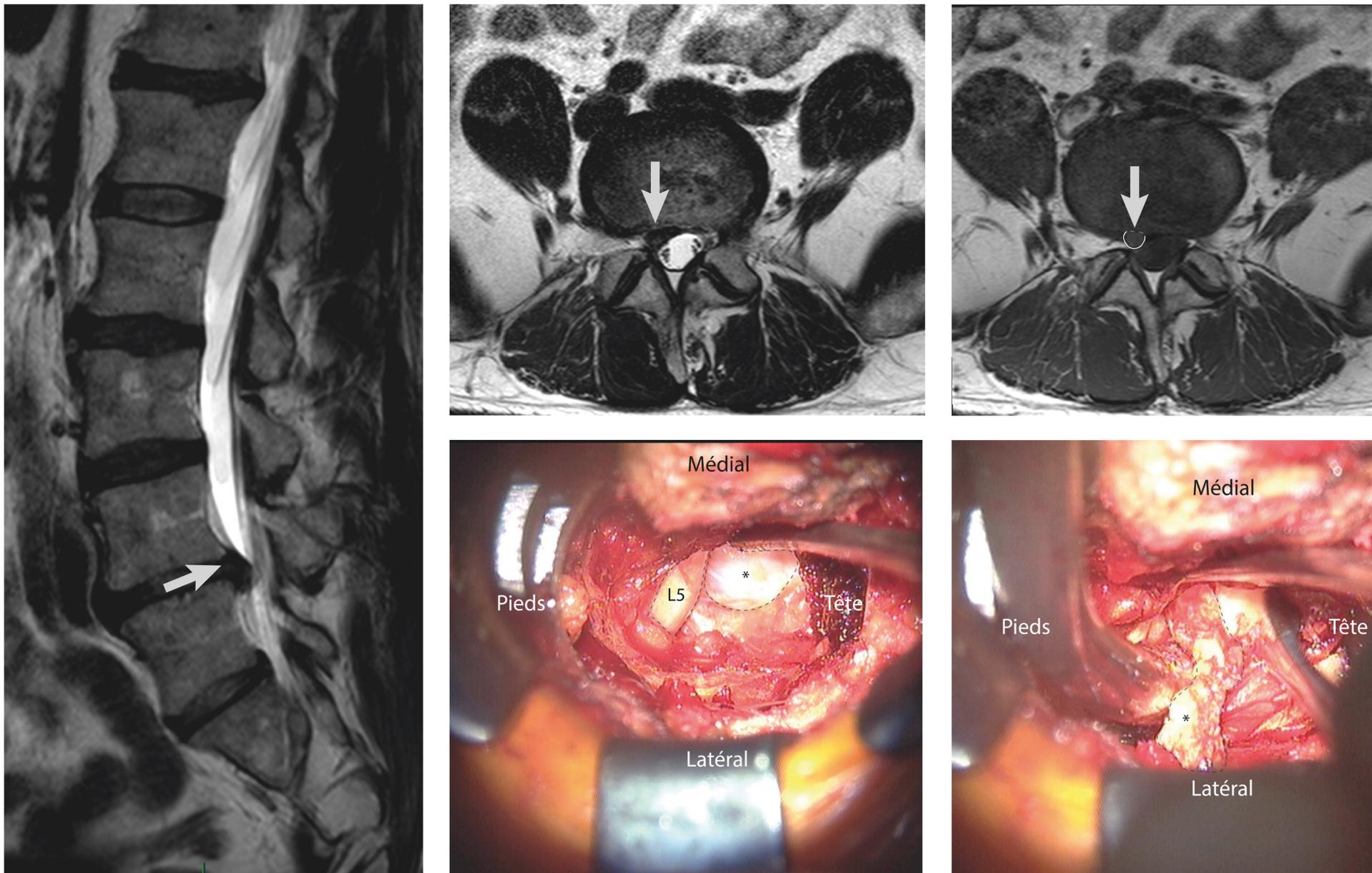


Fig. 12 - À gauche et en haut, une hernie discale L4-L5 droite très classique. En bas au milieu, vue sous microscope opératoire dans le canal rachidien. La racine L5 est écartée et un coton hémostatique est mis en amont. La hernie (*) est bien visualisée. Elle est incisée, puis le séquestre (* en bas à droite) est retiré à la pince à disque.

CONCLUSION/RÉSUMÉ

En résumé, la hernie discale est une pathologie commune. La bonne connaissance des symptômes liés à cette pathologie et l'usage judicieux de l'IRM permettent de bien en faire le diagnostic. L'histoire naturelle est la guérison, et le principe de base est de conduire un traitement conservateur. Certains patients peuvent bénéficier d'une microdiscectomie, qui lorsqu'elle est bien indiquée et bien réalisée, donne d'excellents résultats.

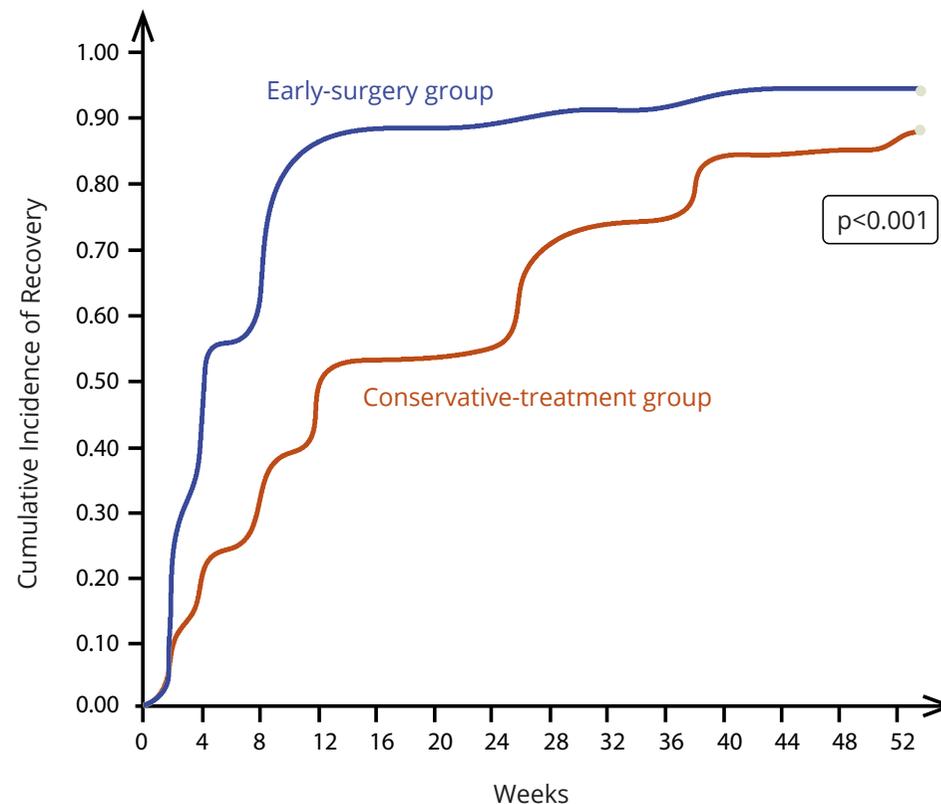


Fig. 13 - Courbes de Kaplan-Meier de guérison chez des patients présentant une sciatique depuis 6 semaines sur hernie discale. Dans un groupe, les patients sont opérés rapidement et dans l'autre, le traitement conservateur est prolongé autant que possible. On voit que 55 % des patients non opérés sont guéris après 12 semaines, contre presque 90 % de ceux qui ont été opérés dans un délai raisonnable. D'après Peul *et al*, *NEJM* 2007.



RÉFÉRENCES

1. Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. « **Diagnosis and treatment of sciatica.** » BMJ. June 2007.

📖 Excellente revue du diagnostic et du traitement de la sciatique sur hernie discale. Les auteurs ont conduit une étude sur le délai avant traitement chirurgical.

2. Raj D, Coleman N. « **Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation.** » Acta Orthop Belg. August 2008.

📖 Les auteurs rapportent 8 cas de syndromes de la queue de cheval et font une revue de la littérature. Cet article complète bien le cours présenté ici. Il est librement accessible.

3. Devillé WL, van der Windt DA, Dzaferagić A, Bezemer PD, Bouter LM. « **The test of Lasègue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs.** » Spine. May 2000.

4. Cosnard G et Lecouvet F. « **Imagerie du rachis, des méninges et de la moelle épinière.** » Masson 2007.

5. Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RWJG, de Vet HCW, et al. « **Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review.** » BMJ. 2013.

6. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. « **Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica.** » Cochrane Database Syst Rev. 2010.

7. Oliveira CB, Maher CG, Ferreira ML, Hancock MJ, Oliveira VC, McLachlan AJ, Koes BW, Ferreira PH, Cohen SP, Pinto RZ. « **Epidural corticosteroid injections for lumbosacral radicular pain.** » Cochrane Database Syst Rev. 2020.

8. Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, et al. « **Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis.** » Ann Intern Med. 18 déc 2012.

9. Sharma H, Lee SWJ, Cole AA. « **The management of weakness caused by lumbar and lumbosacral nerve root compression.** » J Bone Joint Surg Br. nov 2012.

10. Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, Brand R, Eekhof JAH, Tans JTJ, et al. « **Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica.** » N Engl J Med. 31 mai 2007.

📖 C'est une étude incluant 280 patients qui gardent une forte sciatique malgré 6 semaines de traitement conservateur. 140 patients se voient proposer une intervention rapide (endéans les 2 semaines) et 95 % d'entre eux seront opérés. 140 patients se voient proposer la poursuite du traitement conservateur et une intervention si cela ne va vraiment pas (50 % seront quand même opérés). C'est la première stratégie qui est la plus efficace.

11. Bailey CS, Rasoulinejad P, Taylor D, Sequeira K, Miller T, Watson J, Rosedale R, Bailey SI, Gurr KR, Siddiqi F, Glennie A, Urquhart JC. « **Surgery versus Conservative Care for Persistent Sciatica Lasting 4 to 12 Months.** » N Engl J Med. 2020.

