

## NEURALGIES SCIATIQUES

La sciatique définit toute douleur dans le territoire du nerf sciatique (racines L5, S1) et correspond donc à un symptôme et non à une maladie.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'un conflit disco radiculaire et correspond à une sciatique commune d'origine discale. Il ne faut pas oublier les autres étiologies (5 à 10%) dont les plus fréquentes sont tumorales et infectieuses.

### EPIDEMIOLOGIE

Très fréquentes chez l'adulte (environ 100 000 cas/an en France, avec 37000 interventions)

Chez l'enfant, la sciatique discale est rare et l'étiologie dominante est tumorale.

### RAPPEL ANATOMO PATHOLOGIQUE

Le disque intervertébral est constitué de deux éléments essentiels :

- le nucleus pulposus (formation ovoïde gélatineuse et homogène) entouré de
- l'annulus fait de lamelles fibreuses

Les ligaments longitudinaux communs antérieur et postérieur entourent le disque à sa périphérie. Le ligament commun postérieur est richement innervé. Le disque assure la stabilité vertébrale du fait de la trame serrée des fibres annulaires, permet par son caractère déformable, la mobilité du rachis; il amortit les charges et les chocs.

La détérioration du disque survient de façon physiologique (à partir de 25-30 ans ?) mais est accélérée par les traumatismes, les efforts répétitifs professionnels ou sportifs, l'obésité, la déficience de la musculature lombo abdominale, les troubles statiques du rachis, les affections métaboliques. Au niveau du nucleus, on a une dégénérescence fibreuse, fragmentation et atrophie. Au niveau de l'annulus, on a l'apparition de fissures dans lesquelles peuvent migrer des fragments de nucleus : c'est la hernie discale. Sous la poussée de la hernie, le ligament commun postérieur est responsable de la douleur rachidienne et de la contracture réflexe : c'est le lumbago. Cette hernie discale entraîne la compression d'une racine nerveuse. Ce conflit disco radiculaire est à l'origine de la souffrance de l'élément nerveux : c'est la sciatalgie. La hernie est rarement médiane, le plus souvent latérale comprimant la racine passant en regard ; parfois, la hernie gagne le trou de conjugaison, y pénètre (hernie foraminale), ou même le dépasse (hernie extra foraminale). Dans quelques cas, la hernie peut migrer au dessus ou au dessous de l'espace discal.

De grosses hernies sont responsables de compression de plusieurs racines entraînant un syndrome de la queue de cheval (2,5% des cas). Rarement, la hernie peut perforer la dure-mère et se localiser en intra dural.

### DIAGNOSTIC POSITIF

#### *Clinique*

Interrogatoire précise le terrain (âge, poids, taille, profession), les antécédents (lombalgies), les caractères de l'épisode actuel (ancienneté, les circonstances déclenchantes, mode de début, le trajet radiculaire L5 ou S1,

l'intensité de la douleur, le rythme de la douleur qui est mécanique), s'assure de l'absence de troubles sphinctériens et de troubles moteurs.

Examen : recherche attitude antalgique, de diminution de la mobilité rachidienne, de zone électivement douloureuse à la pression, de déficit moteur, de déficit sensitif, d'anesthésie en selle, de troubles des réflexes, de douleur à l'élévation du membre inférieur (signe de Lasègue : si  $<20^\circ$ , forte compression radiculaire)

Compléter l'examen somatique

### **Paraclinique**

Hémogramme et VS sont normaux

RX du rachis vérifie l'intégrité du squelette osseux, précise le siège du conflit, dépiste une anomalie congénitale.

### **Traitement**

Devant une sciatique d'intensité moyenne et sans retentissement neurologique, le traitement est avant tout médical.

Repos

Antalgiques, AINS, myorelaxants, infiltrations de corticoïdes

Généralement, la douleur s'amende. La prévention des récurrences repose sur une reprise progressive de l'activité professionnelle, associée à de la rééducation kinésithérapique pour acquérir les bons gestes, en particulier le verrouillage lombaire.

En cas de persistance de la sciatique malgré un traitement médical bien conduit, un traitement chirurgical est indiqué.

## **FORMES CLINIQUES**

*Sciatiques « chirurgicales » d'origine discale*

Certaines formes de sciatique peuvent conduire rapidement à une chirurgie

### **Tableaux cliniques**

Sciatiques hyperalgiques

Sciatiques avec troubles moteurs

Sciatiques avec syndrome de la queue de cheval (déficit pluriradiculaire avec au maximum, paralysie des membres inférieurs, anesthésie en selle, troubles sphinctériens)

### **Bilan radiologique**

TDM : permet de voir la hernie, l'arthrose possible, canal étroit, s'assure de l'absence de tumeur.

IRM : pour déterminer après chirurgie, si fibrose ou récurrence, si continence du ligament vertébral commun postérieur.

Radiculographie : utile dans l'évaluation d'une douleur après chirurgie (fibrose ou récurrence), réalisation de clichés dynamiques en position debout.

### **Traitement**

Chirurgie : débouche sur un curetage discal et/ ou foraminotomie. La rééducation en centre spécialisé est utile.

Complications de la chirurgie : rares

- immédiates : brèches durales avec fuites de LCR, faux kystes arachnoïdiens, plaies de racines, plaies vasculaires (artère iliaque

primitive) à l'origine d'un choc hémorragique ou aboutissant à la fistule artério veineuse (50% de décès), plaies viscérales (iléon, colon, appendice, uretère, vessie)

- à court terme : infections pariétales, spondylodiscites (1% des cas), complications veineuses thrombo emboliques
- à long terme : récurrence (même côté, même niveau, 2% des cas). Nouvelle hernie à un étage adjacent (6% des cas)

Chimionucléolyse ou nucléolyse laser : sujets jeunes, hernies non calcifiées, non exclues, de volume modéré.

### ***Autres formes cliniques d'origine discale***

Sciatiques tronquées

Sciatiques bilatérales souvent par hernie médiane

Sciatiques à bascule

Sciatiques de la femme enceinte favorisée par hyperlordose, le relâchement fibro ligamentaire, la prise de poids.

Sciatiques après chirurgie : fibrose réactionnelle, coexistence de lésions arthrosiques non réséquées

### ***Sciatiques radiculaires d'origine non discale***

Arguments : début spontané, rythme inflammatoire, altération de l'état général, VS élevée, antécédents de néoplasie.

Néoplasique : métastase de cancer ostéophile (sein, poumon, prostate, rein, thyroïde), hémopathies malignes, tumeurs primitives bénignes ou malignes, épидурite carcinomateuse

Infectieuses : spondylodiscites

Dans le cadre d'un canal lombaire étroit, ou d'un spondylolisthésis compliquant une arthrose inter apophysaire postérieure.

### ***Sciatiques tronculaires***

Due à une atteinte du tronc du nerf sciatique, d'origine traumatique (fracture du bassin, hématome fessier), compressive tumorale (bénigne ou maligne), pelvienne post radique

## **CE QU'IL FAUT RETENIR**

La sciatique est un symptôme recouvrant plusieurs étiologies dont les étiologies néoplasiques.

L'indication chirurgicale est portée devant une sciatique résistant au traitement médical, une sciatique déficitaire sur la plan moteur ou devant un syndrome de la queue de cheval.

Le rôle infirmier :

Dépister les troubles moteurs

Dépister les troubles sphinctériens

Après intervention, veiller à ce que le patient ne s'assise pas, qu'il respecte les consignes de verrouillage lombaire.