

La sciatique commune

Le plan :

1-introduction/définition :

2-rappel anatomique :

3-Epidémiologie :

4-Physiopathologie :

5-La clinique : 1) syndrome lombaire :

: 2) syndrome radiculaire :

6-Examen complémentaire :

7-Diagnostic positif :

8-Diagnostic différentiel :

9-Evolution :

10-Traitement :

11-Conclusion :

1-Introduction /Définition :

Les lombosciatiques (LS) se distinguent en LS communes (non spécifiques) et LS symptomatiques (spécifiques).

Les LS communes comprennent les LS discales et arthrosiques ; les LS symptomatiques sont révélatrices d'affections rachidiennes ou extra rachidiennes (inflammatoires, infectieuses, tumorales...).

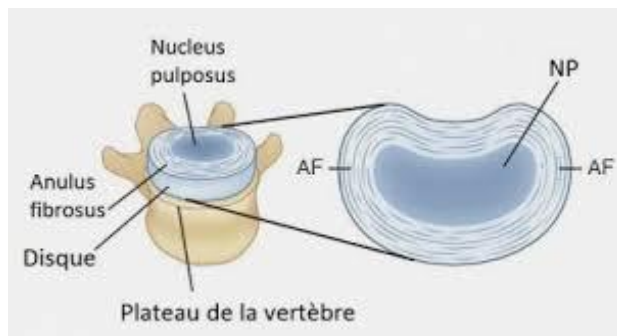
C'est un symptôme défini par une algie radiculaire du membre inférieur siégeant dans le territoire du nerf sciatique, d'origine vertébrale, relevant d'une irritation/compression des racines de ce nerf (L5, S1) .

2-rappel anatomique :

Le disque intervertébral (DIV) : Élément principal d'union des vertèbres entre elles. Formé par :

- le noyau pulpeux (Nucleus Pulposus)

- anneau fibreux :



- plaque cartilagineuse : plateaux vertébraux.

Le système ligamentaire : complète l'union des vertèbres.

- le grand ligament vertébral commun longitudinal antérieur

- le grand ligament vertébral commun longitudinal postérieur

3-Epidémiologie :

- Fréquence : pathologie très fréquente.

- Age : surtout entre 30 et 60 ans. Rare avant 25 ans.

- Sexe : les 2 sexes sont touchés, prédominance masculine (activité sportive ou travail de force).

Facteurs favorisants :

- Inégalité des membres inférieurs.
- Scoliose, hyperlordose, anomalies transitionnelles, listhésis.
- Traumatisme : chute sur le siège, microtraumatismes répétés.
- Surcharge pondérale.
- Efforts prolongés inhabituels (mouvement de rotation++).

4-Physiopathologie :

Le mécanisme du conflit disco radiculaire conduisant à une radiculalgie est probablement multifactoriel, avec une participation mécanique où s'associent compression et traction de racine, et une agression chimique résultant de la libération de nombreuses cytokines déclenchée par le contact entre la hernie discale et la racine.

Le mécanisme du conflit disco radiculaire :

- mécanique où s'associent compression et traction de racine.
- Chimique : résultant de la libération de nombreuses cytokines

Il peut s'agir d'une :

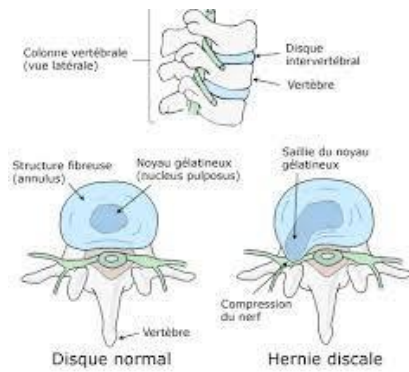
Protrusion discale : bombement externe

Hernie discale vraie : saillie franche et constante

Dans le plan transversal :

- Hernies postéro-latérales : 80%
- Hernies foraminales et extra-foraminales (10%)
- Hernies médianes (10%)

- La plupart des HD sont réductibles à l'occasion du repos strict ou d'un mouvement, mais certaines ne le sont pas (hernie extériorisée, migratrice ou volumineuse).



4-La clinique :

Circonstances de survenue : parfois sans effort déclenchant précis : simple mouvement de la vie courante.

Début brutal.

Le terme de lombo radiculalgie implique l'association

d'une radiculalgie L5 ou S1 et

d'un syndrome lombaire toujours présent dans **l'histoire clinique** ou dans les **antécédents récents**.

A-Syndrome lombaire :

1- Interrogatoire :

- Le patient souffre depuis plusieurs années de lombalgies chroniques ou de lumbagos.
- Aggravation progressive de la lombalgie, qui devient persistante et plus invalidante, et les lumbagos plus fréquents.
- Lombalgie aiguë basse, déclenchée par un effort de soulèvement, traumatisme, ou un mouvement de torsion mal contrôlé
- La douleur a tendance à se latéraliser du côté de la sciatalgie.

2-l'examen physique :

*A l'inspection : Le rachis lombaire est en attitude dite antalgique :

– dans le plan sagittal, la lordose physiologique peut être effacée, voire remplacée par une cyphose impossible à corriger (car toute tentative d'extension est très douloureuse).

- Plan frontal : inflexion directe ou croisée (du côté non douloureux), avec légère courbure de compensation sus jacente. Plus fréquente dans la L5 que S1.

Signe de la cassure : 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.

* la palpation : contracture des muscles para vertébraux

Douleur maximale dans l'espace où siège la HD

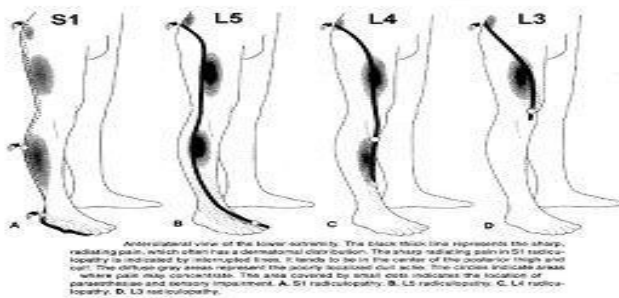
Signe de la sonnette : déclenchement de la radiculalgie par la pression de ce point douloureux.

B-Syndrome radiculaire :

1- Interrogatoire : caractères de la radiculalgie :

Topographie : souvent unilatérale, définie par un trajet.

- L5 : fesse, partie postéro-externe de la cuisse, antéro-externe de la jambe, devant la malléole externe, dos du pied, gros orteil avec parfois le 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, retro malléolaire externe, face plantaire du pied sur le bord externe en direction des derniers orteils.



Irradiation :

- L5 : pli de l'aîne (50%)
- S1 : partie interne de la région inguinale (25%).

Signes accompagnateurs :

- Dysesthésies, fourmillements ou engourdissement.

Intensité :

- Parfois intense, déchirante, insupportable.
- Souvent modérée, à type de tiraillement, striction, crampes

Rythme :

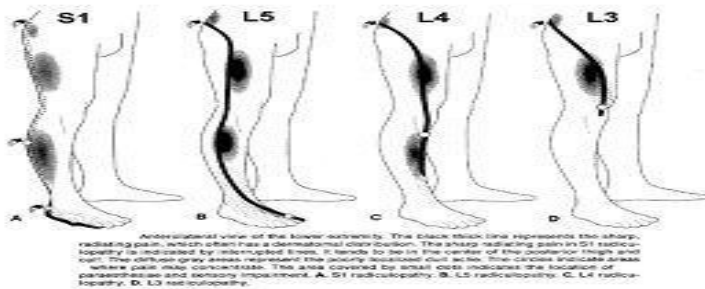
- Mécanique : augmentant à l'effort, la station debout prolongée, calmée par le repos en décubitus.

Facteurs aggravants ou calmants :

- Station assise : $\pm$ 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 : L'élévation progressive du membre inférieur avec le genou étendu réveille à partir d'un certain angle la radiculalgie.



- Le Lasèque controlatéral : réveil d'un trajet sciatique par élévation d'un membre inférieur controlatéral.

- Points de Valleix : points douloureux à la pression sur le trajet du nerf : fesse, cuisse, creux poplité.

- Examen neurologique :

- **Recherche d'un déficit moteur** : testing musculaire bilatérale et comparatif :

Sciatique L5 : déficits sur les extenseurs des orteils, les péroniers latéraux (fibulaire) et le moyen fessier, avec marche impossible sur les talons.

Sciatique S1 : déficit sur les fléchisseurs des orteils, le triceps sural, avec marche impossible sur la pointe des pieds.

Testing musculaire :

0	Déficit moteur complet, sans contraction musculaire perceptible.
1	Contraction musculaire perceptible, sans mouvement.
2	Mouvement si l'en compense l'effet de la pesanteur.
3	mouvement possible contre la pesanteur, mais non contre résistance.
4	Mouvement possible contre résistance, mais de force diminuée.
5	Pas de déficit moteur.

- **Recherche de déficit sensitif** : hypoesthésie

- **Appréciation des ROT** :

Sciatique L5 : ROT conservés.

Sciatique S1 : abolition ou diminution du reflexe achilléen.

- **Recherche du syndrome de la queue de cheval** : sciatique uni ou bilatérale avec déficit moteur, reflexes achilléens diminués ou abolis, anesthésie en selle, trouble sphinctériens et trouble de l'érection.

Pas de Babinski.

Examens complémentaires :

***Examens de première intention :**

Biologie :

- VS, CRP : normales.

Radiographies standards :

- *Clichés : debout. Rachis lombaire face (incidence postéro antérieure), rachis lombaire profil (centré sur L4-L5).

*** Examens de deuxième intention :**

Scanner :

- Examen de choix.
- Visualisation directe du disque, mise en évidence de la HD, sa topographie, volume, caractère ascendant ou descendant.

IRM :

- Examen non invasif, non irradiant et performant.

Saccoradiculomyélographie :

- De moins en moins utilisée (indications réduites par la TDM et l'IRM)
- PL avec injection de produit de contraste hydrosoluble.

Diagnostic positif :

Généralement posé sur le simple examen clinique :

- Age : 30-50 ans.
- Profession : port de charges lourdes, sport brutal.
- Antécédent de lumbago ou de lombalgies chroniques.
- Facteurs déclenchant (effort de soulèvement)
- Conservation de l'état général.
- Syndrome rachidien.
- Douleur mécanique, impulsive, mono radiculaire.
- Signe de Lasègue.
- VS, NFS normale
- l'absence d'anomalies osseuses ou des parties molles sur la radio standard.

Diagnostic différentiel : sciatiques secondaires

Sciatique secondaire.

1- Causes rachidiennes :

Tumeurs osseuses malignes :

- Si sujet âgé de plus de 45 ans : penser aux métastases de cancer viscéral et au myélome multiple.
- Si sujet jeune : maladie de Hodgkin, LMNH.

Tumeurs bénignes :

- Ostéome ostéoïde, ostéoblastome

Causes infectieuses :

- Spondylodiscite à germes banals et mal de Pott.

2- Causes intra-rachidiennes :

Infectieuses : Epidurite infectieuse à staphylocoque.

Hématome épidural : traumatisme ou traitement par AVK.

Tumeurs :

- Neurinome :
- Epidurite métastatique :
- méningiome :

4- Conflit contenant-contenu :

Canal lombaire rétréci :

Syndrome du recessus latéral :

- Rétrécissement latéral.

Arthrose apophysaire postérieure :

Spondylolisthésis :

Spina-bifida :

Méga cul-de-sac dural :

- La douleur est due aux frottements répétés du cul-de-sac et des racines contre les parois du canal rachidien.

6- Sciatique extra-rachidienne :

Sciatique cordonale

Une compression médullaire lente prédominant au cordon postérieur.

Sciatique plexulaire :

Sciatique tronculaire :

Autres :

Névrалgie fémoro-cutanée : ou meralgie paresthésique.

Exclusivement dysesthésique, face externe de la cuisse, zone en raquette, signes nets en position debout. (L1-L2)

Névrалgie crurale : L3-L4. Névrалgie intense, signe du crural, déficit de quadriceps.

Névrалgie obturatrice :

Douleurs vasculaires :

Douleur articulaire : coxarthrose, algodystrophie.

Evolution :

1- Evolution favorable :

Guérison spontanée ou sous l'influence d'un traitement médical en quelques jours ou quelques semaines.

2- Evolution défavorable :

-Peut-être traînante et rebelle

3- Evolution sous traitement radical :

Evolution après chirurgie favorable dans 80% des cas

- **Récidive**

Traitement :

A- Moyens :

1- Repos :

- Durant la phase aiguë initiale (à éviter dans la phase chronique).
- Sur un matelas ferme
- Durée : 8-10 jours sont suffisants.
- Favoriserait la réduction de la HD et diminue l'inflammation.

2- Lombostat :

- Rigide
- Porté durant 4-6 semaines dès les premiers jours.

3- Médicaments :

Antalgiques : en fonction de la douleur.

- Niveau I : paracétamol.
- Niveau II : paracétamol + codéine, Tramadol.
- Niveau III : morphiniques. Rarement utilisés (formes très douloureuses)

AINS :

- Seuls ou associés aux antalgiques pendant 10-15 jours.

- Toutes les molécules peuvent être utilisées.
- Voie orale ou IM.

Corticoïdes :

- La voie générale en cure courte :
20-30 mg/j de prédnisone pendant 7 jours

- Voie locale : **infiltration** de CTC

La voie épidurale est la plus utilisée.

La voie intra durale réserver aux sciatiques hyperalgiques de topographie L5.

Autres traitements :

- **Vitamine B1** :

- **Décontracturants et myorelaxants** :

4- Traitements physiques :

Elongations vertébrales sur table de traction :

Manipulations vertébrales :

Rééducation fonctionnelle :

- A la **phase aiguë** : contrôle postural, acquisition des réflexes de verrouillage du rachis quel que soit la posture.
- A la **phase chronique** contrôle postural, renforcement des muscles lombo-pelviens et abdominaux, pratique de sport non violent (natation).
- Ailleurs : kinésithérapie, acupuncture.

5- Traitement percutané :

Chimionucléolyse : abandonnée.

Nucléotomie percutanée : manuelle ou automatique.

6- Traitements chirurgicaux de la HD :

Indications :

- Indications urgentes : syndrome de la queue de cheval ; paralysie.
- Indications habituelles :
 - * formes hyperalgiques ne répondant pas au traitement médical.
 - * échec du traitement médical pendant 2-3 mois
 - * formes récidivantes perturbant l'activité

B- Indications :

1- sciatique aiguë d'intensité moyenne :

- Repos
- Physiothérapie
- Médicaments : Antalgiques ± AINS. Parfois corticoïdes ou myorelaxants.

Evaluation au bout de 2-3 semaines :

- Résultat insuffisant : infiltration + lombostat ± élongation vertébrale.

- Evolution favorable : rééducation fonctionnelle, lombostat, reprise progressive de l'activité professionnelle.

Si évolution défavorable : sciatique rebelle au traitement médical bien conduit pendant 2-3 mois avec importance du handicap radiculaire → 'imagerie

- *Conflit disco-radiculaire absent ou discutable : continuer le traitement médical et les investigations.

- *Conflit présent et expliquant la douleur (concordance radio clinique) : traitement percutané ou chirurgie.

2- sciatique hyperalgique :

- Immobilisation par un lombostat plâtré.

- Antalgiques palier II ou III ± AINS.

- Corticoïdes (1mg/kg/j).

- Traitement local (infiltration intra durale).

Evolution favorable : dégresser le traitement.

Evolution défavorable : craindre une paralysie → chirurgie.

3- sciatique de la femme enceinte :

- Repos, antalgiques, physiothérapie.

- Corticothérapie générale. Dose modérée et courte durée.

- Si échec : infiltration.

- Si échec : chirurgie.

4- sciatique récidivante :

- Crises lointaines : traitement médical.

- Crises rapprochées : traitement percutané ou chirurgie selon l'imagerie.

5- sciatique avec syndrome de la queue de cheval :

- Urgence chirurgicale.

6- sciatique paralysante :

Paralysie récente :

- Avec persistance de la radiculalgie : imagerie + traitement médical de courte durée. Si persistance : chirurgie.

- Paralysie indolore ou qui s'aggrave dans le temps: chirurgie d'emblée.

Paralysie ancienne et indolore :

- Traitement médical et physiothérapie.

Conclusion :

- La sciatique est un symptôme qui correspond aux douleurs irradiant dans le territoire du nerf sciatique et notamment L5 et S1.

- Pathologie particulièrement fréquente, de diagnostic clinique.

- 90% des sciaticues sont dues à une HD, ça n'empêche pas d'évoquer toujours une sciatique secondaire notamment infectieuse ou tumorale.