

**SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL D'ORIGINE DISCALE (A PROPOS DE 24 CAS)**

S. HILMANI, I. YOUKLIF, A. NAJA, H. LAKHDAR, A. SAMI, M. ACHOURI, A. OUBOUKHLIK, A. EL KAMAR, A. EL AZHARI.

Service de Neurochirurgie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

**RESUME**

Le syndrome de queue de cheval (SQC) est dû à une souffrance des racines rachidiennes lombo-sacrées. C'est une complication rare et redoutable de l'hernie discale lombaire. Le pronostic fonctionnel est conditionné par le délai du diagnostic et le geste chirurgical.

Nous rapportons une étude rétrospective de 24 cas de syndromes de queue de cheval (SQC) secondaires à une hernie discale. Il s'agit de 58% d'hommes et de 42% de femmes, l'âge moyen est de 47,7 ans. Le délai diagnostique varie entre 7 jours et 7 mois avec une moyenne de 2,34 mois. Le tableau clinique comporte des troubles génito-sphinctériens (80%) ; des troubles moteurs (62,5%) et des troubles sensitifs (84%). La TDM et l'IRM lombo-sacrées ont permis de confirmer l'origine discale du syndrome de queue de cheval ainsi que son siège préférentiellement au niveau L4-L5 (83%).

Le traitement était dans tous les cas chirurgical avec laminectomie et discéctomie. L'évolution clinique était favorable dans 83,5% des cas.

Bien que le SQC par hernie discale est une affection bénigne, il reste de pronostic souvent défavorable par le retard diagnostic. La TDM par sa disponibilité est suffisante pour un diagnostic étiologique et topographique. La décompression chirurgicale associée à une rééducation motrice et sphinctérienne précoces sont le seul garant pour éviter des séquelles irréversibles.

**Mots clés :** syndrome de queue de cheval ; hernie discale ; TDM ; IRM

**SUMMARY**

Cauda equina syndrome is secondary to lumbo sacral nerve roots compression, it is a rare complication of a lumbar disc herniation. Earlier surgical treatment has to be performed for a best improvement.

We report 24 cases of cauda equina syndrom secondary to a disc herniation. 58% of our patients were males and the mean age was 47,7 years. Clinical examination found genito sphincteris disturbances (80%), strenght deficits (62,5%), and sensitif troubles (84%). CT scan and MRI confirmed the cauda equina compression by a disc herniation, wich were more frequent at L4L5 level (83%). Surgical treatment was performed in all our cases: laminectomy and discectomy. Clinical out come was satisfactory in 83,5% of cases.

**INTRODUCTION**

Le syndrome de la queue de cheval se traduit par une atteinte pluri radiculaire dont la cause est située au dessous de la deuxième vertèbre lombaire. L'hernie discale en représente une cause rare (6). La symptomatologie clinique comporte des troubles moteurs, sensitifs et génito-sphinctériens. Il constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Si l'IRM est l'examen de choix, la TDM est suffisante pour visualiser la compression et son siège. Le facteur pronostic est représenté par le délai séparant l'installation des troubles et le geste chirurgical.

**MATERIEL ET METHODES**

Notre étude est rétrospective, étendue sur 7 ans (1995-2002), et a intéressé 24 patients dont l'âge varie entre 30 et 78 ans, et qui ont été hospitalisés pour SQC. La confirmation de l'origine discale a été assurée par la TDM chez tous les patients et par l'IRM chez 7 parmi eux. Tous nos patients ont été opérés avec une rééducation précoce. L'appréciation de l'évolution est basée sur un suivi clinique.

**RESULTATS**

Parmi 1118 cas d'hernies discales opérées durant la même période d'étude, 24 patients avait un SQC, soit une fréquence de 2,14%. L'âge de nos patients varie de 30 à 78 ans avec une moyenne de 47,7 ans. Une prédominance masculine de 58% est notée avec un sex-ratio de 1,3. Parmi les facteurs favorisants, le port de charges lourdes est le plus fréquent et retrouvé dans 25% des cas. L'installation de la symptomatologie s'est faite de manière brutale chez 5 patients (21%), tandis que 9 patients (37,5%) avaient des lombalgies chroniques et les 10 autres (54%) avaient des sciatalgies précédant le début de la symptomatologie. La forme clinique complète associant des troubles moteurs ; sensitifs et génito-sphinctériens était notée chez 62,5% de nos patients (tableau I). En étudiant les différents signes cliniques nous avons retrouvé que les troubles génito-sphinctériens étaient le motif de consultation le plus fréquent avec 80% des cas. Il s'agit essentiellement d'incontinence urinaire et de constipation dans 66,5% des cas. L'impuissance sexuelle, difficilement révélée par les patients n'était rapportée que par 2 patients de sexe masculin. Les troubles moteurs objectivés chez 15 patients (62,5%) n'ont motivé la consultation que dans la moitié des cas où le déficit était assez lourd à type de paraparésie dans 10 cas et de paraplégie dans un cas. Le steppage et les légers troubles de la marche passaient en second plan après les troubles sphinctériens ou parfois révélés uniquement par l'examen clinique. L'anesthésie en selle, qui caractérise le syndrome de queue de cheval n'était notée que chez 13 patients (54%).

Tableau I : Fréquence des différents signes cliniques du syndrome de QDC

Symptomes	Nombre	Pourcentage %
Troubles moteurs	15	62,5
Troubles sensitifs	20	84
Troubles génito-sphinctériens	19	80
Forme complète	15	62,5

La TDM lombo-sacrée réalisée chez 19 patients (79%), a permis de confirmer l'origine discale du SQC, dont la localisation L4-L5 a été prédominante dans 84% des cas (Fig. 1). L'IRM rachidienne (Fig. 2) a été réalisée chez 7 patients, dont 3 en complément de la TDM, a confirmé le diagnostic et le siège de la hernie qui était double chez 2 patients (tableau II).

Tableau II : Topographie de l'hernie discale Lombaire

Siège de l'hernie discale (TDM/IRM)	Nombre	Pourcentage %
L3-L4	1	4
L4-L5	11	46
L5-S1	3	12,5

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical urgent par une voie d'abord postérieure avec une laminectomie et ablation de la hernie discale. Celle-ci était exclue dans 3 cas. Cette prise en charge chirurgicale a été suivie d'une rééducation motrice active et passive, et d'une rééducation urinaire le lendemain de l'intervention. La corticothérapie n'a été prescrite chez aucun de nos patients. L'évolution à court terme est marquée par une amélioration clinique à des degrés différents dans 77% des cas, avec une récupération de la sensibilité dans 30,5% des cas et de la motricité dans 15% des cas. Nous avons noté que la qualité de cette récupération était corrélée à la précocité du diagnostic. L'évolution à long terme, au delà d'un an était bonne chez 5 patients (83,5%).



Fig. 1 : TDM lombo-sacrée en coupe axiale montrant une grosse hernie discale L4-L5 médio-laterale



Fig. 2 : IRM lombaire en coupe sagittale T1 : Grosse hernie discale L4-L5 migrant en bas.

## DISCUSSION

Le syndrome de la queue de cheval d'origine discale représente 1 à 10% des hernies discales lombaires (2, 5, 6). L'âge de prédilection se situe entre 40 et 50 ans avec une prédominance masculine (2, 3, 7) qui se confirme dans notre série. Les facteurs favorisants sont représentés essentiellement par les contraintes mécaniques (traumatismes, compressions excessives et répétées du disque). Le délai du diagnostic n'est pas clairement précisé par les auteurs qui insistent pourtant à ce qu'il soit le plus court possible pour éviter les séquelles irréversibles (1, 4). Dans notre série ce délai varie de 7 jours à 7 mois. Le début brutal inaugural de la symptomatologie survient dans 32 à 69% des cas selon les séries (8, 9). Le début progressif peut être marqué par des lombosciatalgies mono ou pluri-radiculaires pouvant disparaître totalement après l'installation d'un déficit moteur qui marque l'importance de la compression radiculaire. L'atteinte motrice complète des deux membres inférieurs est rare, elle n'est retrouvée que chez un seul de nos patients. Les autres signes retrouvés sont représentés par une hypotonie ; une amyotrophie et une abolition des réflexes achyliens et rotuliens. L'anesthésie en selle est fréquente mais inconstante, elle n'était retrouvée que chez 17 de nos patients. La phase d'état qui débute après un délai variable est marquée par l'installation de troubles génito-sphinctériens presque constamment retrouvés au moment de la consultation avec un pourcentage de 93 à 100% des cas (7, 8). Ces troubles consistent le plus souvent en une rétention urinaire non douloureuse masquée parfois par une miction par regorgement réalisant ainsi une pseudo-incontinence urinaire. Si l'IRM a pris une place prépondérante dans le domaine d'exploration médullaire, la TDM n'a pas perdu sa place dans l'analyse des lésions disco-corporelles notamment en matière d'hernie discale. Le siège au niveau de l'espace L4-L5 est le plus fréquent et s'est rencontré dans 83% des cas de nos patients, surtout en postéro-latéral expliquant l'asymétrie des radiculalgies et des troubles moteurs. Le traitement chirurgical s'impose en urgence,

au mieux avant 6 heures pour une meilleure évolution (3, 4, 7). La laminectomie et l'ablation de la hernie discale permettent la décompression du fourreau dural, elles sont suivies d'une discectomie pour éviter toute récurrence. Le délai de cette décompression est important. Les auteurs ont noté une différence significative dans l'amélioration des troubles urinaires chez les patients ayant subi une décompression avant les premières 24 heures comparés à ceux qui ont été opérés après. La régression des troubles moteurs est plus précoce et plus fréquente que celle des troubles sensitifs et sphinctériens. En plus cette récupération peut être longue et parfois incomplète surtout pour les troubles sphinctériens. Le traitement médical adjuvant est basé sur les antalgiques, les anti-inflammatoires et la vitaminothérapie B. Par contre la rééducation motrice et sphinctérienne doit être instaurée le plus rapidement possible. La récupération s'effectue généralement au cours de la première année. Dans la série de Uri (9), l'évolution est marquée par une régression de la douleur dans 83% des cas, une récupération motrice dans 75% des cas et une continence urinaire normale dans 73% des cas.

## CONCLUSION

Le SQC par hernie discale est composé de troubles sensitivo-moteurs et génito-sphinctériens, associés à des troubles trophiques. Il est rarement secondaire à une hernie discale. Il se rencontre dans une population à majorité masculine du fait des contraintes mécaniques. Le mode de début peut être brutal ou précédé par des lombalgies ou des lombosciatalgies. C'est une urgence chirurgicale suivie d'une rééducation motrice et sphinctérienne, pour espérer une récupération qui peut être tardive surtout pour les troubles sphinctériens. Le pronostic fonctionnel dépend sans doute de la précocité de la prise en charge.

## REFERENCES

- 1- Boch AL. Syndrome de la queue de cheval. Impact d'internat de neurologie 2000 ; 227 : 133-137.
- 2- Chang HS. Lumbar disc herniated presenting with Cauda equina syndrome : long term follow-up of four cases. Surg Neurol 2000 ; 53: 100-105.
- 3- Delamarter RB. Cauda equina syndrome : neurologic recovery following immediate, early or late decompression. Spine 1991; 16 : 1022-1029.
- 4- Hamlat A. Syndrome de la queue de cheval. Med Univ Renne 1998.
- 5- Jason W. Nascone MD. Cauda equina syndrome : is it a surgical emergency ? University of Pennsylvania Orthopedic Journal 1999 ; 12 : 73-76.
- 6- Radulovic D, Tasic G, Jokovic M, Nikolic I. The role of surgical decompression of cauda equina in lumbar disc herniation in recovery of bladder function. Med Pregl 2004 ; 57(7-8) : 327-330.
- 7- Shapiro S. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. Neurosurgery 1993 ; 32 : 743-747.
- 8- Shapiro S. Medical realities of cauda equina syndrom secondary to lumbar disc herniation. Spine 2000 ; 25 : 348-352.
- 9- Uri M. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: A meta-analysis of surgical outcomes. Spine 2000 ; 25 (12) : 1515-1522.