

LES HERNIES DISCALES CERVICALES (A PROPOS DE 100 CAS)

I. YOUKLIF, M. CHAHID, S. HILMANI, A. NAJA, M. ACHOURI, A. OUBOUKHLIK, A. EL KAMAR, A. EL AZHARI

Service de Neurochirurgie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

RESUME

Nous rapportons une étude rétrospective à propos de 100 patients hospitalisés et opérés pour hernie discale cervicale durant une période de 8 ans. La tranche d'âge la plus touchée est de 30 à 59 ans avec une moyenne de 45 ans, une prédominance masculine est constatée (64 hommes/36 femmes). La durée moyenne d'évolution avant l'hospitalisation est de 19 mois. La symptomatologie clinique est progressive dans 70% des cas et faite essentiellement d'un syndrome cervical dans 42% des cas, de névralgies cervico-brachiales dans 62% des cas. A l'examen clinique, un déficit moteur a été constaté chez 57% des patients et un syndrome pyramidal dans 47% des cas. L'IRM cervicale est l'examen le plus performant pour le diagnostic des hernies discales réalisé chez 89% des patients. Le traitement chirurgical par voie antérieure a été réalisé chez la majorité de nos patients (97%). L'évolution à court terme était bonne avec disparition totale ou partielle de la symptomatologie dans 57% des cas, l'évolution à long terme appréciée chez 40% des cas a objectivé une régression de la symptomatologie chez 33% des patients.

Mots clés : hernie, disque vertébral, rachis cervical

INTRODUCTION

La hernie discale cervicale correspond à l'extériorisation du noyau du disque intervertébral à travers l'anneau fibreux qui s'est fissuré ou aux fragments de disque libre dans le canal rachidien. C'est une pathologie de plus en plus fréquente vu l'exposition du rachis cervical à de nombreux traumatismes et au surmenage de la vie courante. Elle représente 15% de l'ensemble des hernies discales du rachis. Sur le plan clinique, elle est responsable d'un tableau de compression médullaire, radiculaire ou les deux en fonction de sa topographie médiane latérale ou médio-latérale. L'IRM est l'examen de choix pour établir le diagnostic et montrer la compression des éléments nerveux. La TDM cervicale garde une place importante dans l'analyse d'une réaction osseuse ostéophytique. Le traitement de la hernie discale est d'abord médical, une décompression chirurgicale est envisagée en cas de résistance au traitement médical ou en cas de signes neurologiques irritatifs et/ou déficitaires. Notre étude est à propos de 100 cas de hernies discales colligées au service durant une période de 8 ans (1997-2004) avec étude des aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

RESULTATS

La majorité de nos patients soit 84% avaient un âge variant entre 30 et 59 ans, l'âge moyen est de 45 ans et les deux extrêmes sont 22 et 70 ans. Une prédominance du sexe masculin est notée puisque 64% de nos patients sont des hommes. Une grande partie des patients soit 38% exercent un métier astreignant pour la statique rachidienne. Deux modes d'installation de la symptomatologie sont rapportés:

- *Brutale* : suite à un traumatisme du rachis cervical, constatée chez 28 patients (28%).
- *Progressive* : rencontrée chez 72% des patients et marquée par une longue histoire de cervicalgies suivies par l'apparition des névralgies et du déficit neurologique.

Le facteur déclenchant le plus souvent retrouvé est l'effort de soulèvement (20%) suivi du microtraumatisme rachidien (12%). Dans 62% des cas, aucun facteur n'a été retenu. La durée d'évolution de la symptomatologie avant l'hospitalisation et la prise en charge varie de un jour (pour les hernies post-traumatiques) et 15 ans avec une durée moyenne de 19 mois. Dans notre série 58% des malades ont été hospitalisés après un délai inférieur à un an. La douleur cervicale ou cervico-brachiale est le premier signe de cette pathologie. Un syndrome rachidien avec torticolis et cervicalgies est constaté dans 42% des cas. La névralgie 6 est prédominante (31,70%). Les troubles génito-sphinctériens sont rapportés par 17% des patients et sont à type de constipation, incontinence urinaire, impériosité mictionnelle, asthénie ou impuissance sexuelle.

L'examen neurologique retrouve des troubles de la marche dans 45% des cas et un déficit moteur dans 57% des cas allant de la tétra parésie (37%) à la monoparésie (26%). Une amyotrophie est notée chez 2 patients, un syndrome pyramidal dans 47% des cas. Les troubles sensitifs ont été moins fréquents à type d'atteinte de la sensibilité profonde (1%) et d'atteinte de la sensibilité superficielle (37%), un syndrome de Brown Sequard a été constaté chez 2 patients. Des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic ont été réalisés chez tous nos patients :

- *Les radiographies standards du rachis* : réalisées chez tous nos patients et ont objectivé des anomalies chez 51 patients ; ces anomalies sont résumées dans le tableau I.
- *L'IRM cervicale* a été réalisée chez 89% de nos patients (fig. 1, 2, 3) et a individualisé l'existence d'une hernie discale unique dans 48% des cas, étagée dans 41% des cas. Une compression médullaire est notée dans 30% des cas avec signes de souffrance médullaire (hypersignal intramédullaire)

Tableau I. Anomalies retrouvées

Anomalies	Nombre de cas	%
Cervicarthrose	28	28
Pincement discal	10	10
Tassement vertébral	1	1
Subluxation	2	2
Bloc vertébral	1	1

dans 22% des cas, le conflit discoradiculaire a été retrouvé dans 80% des cas.

- La TDM cervicale réalisée chez 21% des cas a objectivé une hernie discale unique dans 14% des cas, étagée chez 7 patients.

La prise en charge de nos patients a comporté deux volets :

- Un traitement médical à base d'antalgiques, anti-inflammatoires, décontractants, et immobilisation par un collier ou une minerve.
- Un traitement chirurgical avec décompression des structures nerveuses, deux voies d'abord ont été utilisées :

1. *une voie antérieure* : chez 97% des patients, on a procédé soit à :

- une discectomie, mise en place d'un greffon prélevé au niveau de la crête iliaque et fixation par plaque dans 30% des cas (fig. 4, 5).
- discectomie et fixation par plaque cage dans 3% des cas.
- discectomie et mise en place d'un greffon dans 53% des cas.
- discectomie simple dans 14% des cas.

2. *une voie postérieure* avec réalisation d'une laminectomie chez 3 patients. Ceux-ci présentaient des hernies discales étagées dans le cadre d'une myélopathie cervicarthrosique.

Les étages les plus abordés sont C5C6 (50%) et C6C7 (29%).

L'évolution post opératoire immédiate a été marquée par une dysphagie minime transitoire chez 4 patients, et par une dysphagie associée à une dysphonie chez un patient.

L'évolution à court terme a montré :

- une disparition totale des troubles sensitivo-moteurs dans 26% des cas.
- une amélioration clinique mais persistance de quelques troubles dans 28% des cas.
- un état neurologique stationnaire chez 37 patients (37%).

Une reprise chirurgicale a été réalisée chez 6 patients devant la migration du greffon.

L'évolution à long terme a été appréciée chez 40 patients et a montré une amélioration clinique dans 33% des cas, un état neurologique stationnaire chez 4 patients, une réapparition des paresthésies avec IRM cervicale normale dans un cas, une aggravation des troubles neurologiques chez 2 patients et dont l'IRM a objectivé une hernie discale de l'étage adjacent à celui opéré ce qui a motivé une prise en charge chirurgicale.

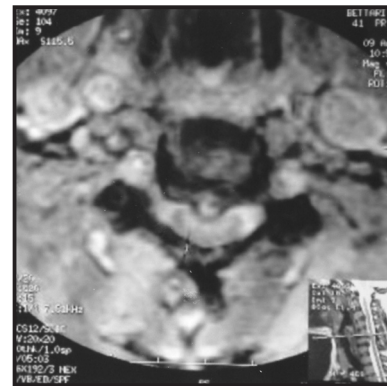


Fig. 1. IRM du rachis cervical en coupe axiale : hernie discale médiane au niveau de C5C6.



Fig. 2. IRM du rachis cervical en coupe sagittale en pondération T1 montrant un débord discal responsable d'un effacement de l'espace péridural antérieur.



Fig. 3. IRM du rachis cervical en coupe sagittale en pondération T2 montrant la compression de la moelle en regard de la hernie.



Fig. 4 et 5. Radiographies du rachis cervical de face et de profil montrant le greffon osseux au niveau de l'espace C5C6 avec ostéosynthèse par une plaque antérieure à 4 vis

DISCUSSION

La souffrance discale augmente avec l'âge, elle commence en général à partir de 30 ans. La tranche d'âge la plus affectée par cette pathologie est comprise entre 30 et 59 ans avec une prédominance masculine rapportée dans toutes les séries étudiées (3, 7, 10, 14) à des pourcentages variant de 55 à 70%, cette prédominance est en partie expliquée par la nature

des professions exercées par les hommes nécessitant des efforts répétés, port de charges lourdes et maintien de positions forcées du rachis cervical. Le début de la symptomatologie est le plus souvent progressif. Un traumatisme du rachis cervical est en cause selon les séries (1, 2, 10) dans 9% à 24%, dans notre série l'étiologie traumatique est notée chez 20% de nos patients. Le délai de prise en charge varie de 6 mois à 12 mois selon les séries (1, 5, 8, 12), dans la notre il est de 19 mois. Le torticolis et les névralgies sont fréquemment rapportées par les patients, les névralgies de types C5 et C6 sont prédominantes pour Courteoux (6), alors que dans d'autres séries c'est plutôt C6 et C7 qui sont prédominantes (4, 9). Les troubles génito-sphinctériens marquent le début d'une souffrance médullaire. L'examen du rachis cervical doit être minutieux à la recherche d'un syndrome rachidien, d'un déficit moteur qui est assez fréquemment retrouvé : dans 70% des cas selon Nohra (10), dans 46% des cas selon Rivierez (13), 57% des cas selon notre série ; Le syndrome pyramidal est également fréquemment rencontré par les patients. La fréquence des troubles sensitifs est largement variable (de 9% selon Alifdal à 59,5% selon Nohra), dans notre série elle est de 37%. D'autres signes sont également rencontrés notamment l'amyotrophie des membres. Le rôle de l'imagerie au cours de cette pathologie est double :

- Etablir le diagnostic et localiser le niveau de la compression radiculo-médullaire.
- Orienter la décision thérapeutique.

L'IRM cervicale est l'examen de choix, elle permet la mise en évidence de l'hernie discale, de la compression médullaire et radiculaire, elle est également d'une grande importance pour la discussion de l'indication d'un geste chirurgical. Le traitement de la hernie discale cervicale est d'abord médical à base de :

- antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens ou corticoïdes.
- décontractants, vitaminothérapie B12.
- repos et immobilisation par une minerve.

D'autres techniques peuvent être associées notamment la kinésithérapie, la physiothérapie, les tractions. La non amélioration devant un traitement médical bien conduit ou l'apparition de troubles neurologiques justifie la décompression chirurgicale qui peut être réalisée par deux voies :

- *La voie antérieure pré-sterno-cléido-mastoïdienne* est actuellement la plus couramment utilisée, elle consiste en une discectomie avec ou sans mise en place d'un greffon prélevé au niveau de la crête iliaque, complétée ou non par une fixation par plaque, les étages les plus abordés sont C5C6 et C6C7.
- *La voie postérieure* : moins fréquemment utilisée, réservée aux hernies discales postéro latérales, aux hernies étagées et au canal cervical étroit. Elle consiste en une laminectomie cervicale de l'étage concerné pour lever la composante postérieure de la compression médullaire et radiculaire.

L'ablation de la hernie peut être également réalisée par microchirurgie endoscopique aussi bien par voie antérieure que postérieure, cette technique permet de maintenir une complète intégrité du rachis cervical avec mobilité normale de l'espace discal opéré (7). La décompression chirurgicale

semble très efficace sur la symptomatologie radiculaire des hernies discales, le syndrome médullaire paraît moins influencé. Perrin rapporte que l'efficacité de la décompression chirurgicale ne fait pas de doute avec un taux moyen de guérison de 90% quelle que soit la technique chirurgicale utilisée.

CONCLUSION

La hernie discale cervicale est une cause fréquente de compression de la moelle et de ses racines. Elle peut être spontanée ou post-traumatique, elle affecte en priorité les disques cervicaux les plus mobiles. La prise en charge a bénéficié des progrès de la neuroradiologie et de la microchirurgie, ce qui a permis d'améliorer son pronostic.

REFERENCES

- 1- Ait Benali S, Ibahoin K, Lakhdar A, Naja A, Choukri M, Hilmani S, Achouri M, Sami A, Ouboukhlik A, El Kamar A, El Azhari A, Boucetta M. Les hernies discales cervicales. A propos de 46 cas opérés. *Maghreb Med* 1999 ; 336 : 33-35
- 2- Alifdal M, Lmejjati M, El Abbadi N, Bellkhdar F. Les hernies discales cervicales chirurgicales. *Med Maghreb* 2000 ; 83 : 21-24.
- 3- Bouillot P, Labadie C. La greffe inter-somatique cervicale par voie antérieure par cage, modifie-t-elle la morbidité et les suites opératoires des hernies discales cervicales ? Etude rétrospective de 116 cas consécutifs. *Neurochirurgie* 2004 ; 50 (5) : 593-595.
- 4- Bouvier M. Sémiologie clinique de la névralgie cervico-brachiale commune. A propos de 50 cas hospitalisés. *J. Neuroradiol* 1992 ; 19 : 146-148.
- 5- Courtheoux F, Theron J. Nucléotomie cervicale per-cutanée automatisée dans le traitement de la névralgie cervicobrachiale d'origine discale. *Surg Neurol* 1996 ; 46 : 523-533.
- 6- Finiels PJ. Intérêt des biocéramiques en alumine poreuse cellulaire en chirurgie rachidienne. *Neurochirurgie* 2004 ; 50 (6) : 630-638.
- 7- Fontanella A. La microchirurgie endoscopique pour le traitement de la pathologie du rachis cervical. www.gieda.net/Annales.2002.
- 8- Furusawa N, Baba H, Miyoshi N, Maezawa Y, Uchidak, Kokubo Y, Fukuda M. Herniation of cervical intervertebral disc. Immunohistochemical examination and measurement of nitric oxide production. *Spine* 2001 ; 26 (10) : 1110-1116.
- 9- Gröger U, Seiler RW. Le traitement microchirurgical des cervico-brachialgies et de la myélopathie cervicale. *Med Hyg* 1992 ; 50 : 2498-2502.
- 10- Nohra G, Abi Lahoud G, Jabbour P, Salloum C, Rizke T, Samaha E, Moussa R, Okais N. Discectomie cervicale antérieure avec ou sans greffe dans les conflits disco-radicaux. Résultats à long terme. *Neurochirurgie* 2003 ; 49 (6) : 571-578.
- 11- Perrin G, Lapras C, Goutelle A. Résultats du traitement chirurgical de la névralgie cervico-brachiale. Etude rétrospective d'une série de 122 patients revus à long terme. *J Neuroradiol* 1992 ; 19 (3) : 204-210.
- 12- Pointillart V. Cervical disc prosthesis in humans. *Spine* 2001 ; 26 (5) : E90-E92.
- 13- Rivierez M, Grob R, Dorwling-Carter D, El Azhari A, Muckensturm B, Philippon J. Névràlgies cervico brachiales par hernies discales molles. Traitement par micro-discectomie par voie antérieure sans greffe. *Sem Hôp Paris* 1992 ; 68 (11) : 293-298.
- 14- Woertgen C, Holzschuh M, Rothoerl RD, Haeusler E, Brawanski A. Prognostic factors of posterior cervical disc surgery: A prospective, consecutive study of 54 patients. *Neurosurgery* 1997 ; 40 (4) : 724-729.