

# MEMOIRES ORIGINAUX

## SCIATIQUE COMMUNE DU SUJET AGE DE PLUS DE 60 ANS (A PROPOS DE 55 CAS)

S. HILMANI, A. BERTAL, A. NAJA, A. SAMI, A. OUBOUKHLIK, A. EL KAMAR, A. EL AZHARI

Service de Neurochirurgie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

### RESUME

La sciatique vertébrale commune par une hernie discale est une pathologie du sujet jeune, sa fréquence diminue avec l'âge où d'autres phénomènes arthrosiques rentrent en jeu. Notre étude est rétrospective étalée sur 11 ans et portant sur 55 cas de sciatique par hernie discale chez des patients âgés de plus de 60 ans, représentant 6,04% de toutes les sciatiques confondues. L'âge moyen était de 68 ans avec des extrêmes allant de 60 à 79 ans. La sciatique était de type L5 chez 56% des patients, un déficit neurologique a été présent chez 16 patients dont 9 de type sensitif (16%) et 7 de type moteur (12%). Quarante huit patients ont été opérés dont 26 par un abord intermyolamaire (58%), 14 laminectomies (31%) et 5 hémilaminectomies (11%). L'évolution à long terme a été marquée par une amélioration dans 42 cas, une persistance de sciatalgies intermittentes dans cinq cas, des lombalgies chroniques dans cinq cas et trois patients ont gardé un déficit moteur gênant la marche. A travers cette série et une revue de la littérature, les auteurs discutent les différentes particularités physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques chez le sujet âgé.

Mots clés : sciatique, hernie discale, sujet âgé

### INTRODUCTION

La sciatique vertébrale commune définit toute douleur ressentie dans le territoire du nerf sciatique, relevant d'un conflit disco-radicalaire. Elle réalise dans la majorité des cas une monoradiculalgie (L5 ou S1). C'est une pathologie de l'adulte jeune, elle est peu fréquente chez le sujet âgé, chez qui elle s'associe souvent à des lésions de dégénérescence disco-vertébrale, et peut aussi révéler une lésion tumorale ou infectieuse (3). Le but de notre travail est une mise au point sur les particularités de cette pathologie chez les sujets de plus de 60 ans.

### PATIENTS ET METHODES

A travers une étude rétrospective portant sur 55 cas de sciatique vertébrale commune par hernie discale, chez des sujets âgés de plus de 60 ans, hospitalisés et traités dans le Service de Neurochirurgie du CHU de Casablanca, sur une période de 11 ans allant de 1993 à 2003, nous avons analysé les aspects cliniques, paracliniques ainsi que les méthodes thérapeutiques spécifiques à cette tranche d'âge.

Nous avons inclus dans cette étude les malades ayant présenté une hernie discale simple en excluant les canaux lombaires étroits et les spondylolisthésis ainsi que les sciatiques secondaires.

### RESULTATS

#### 1. Fréquence

Sur la même période de 11 ans, 15951 patients ont été hospitalisés en Neurochirurgie, dont 2281 cas pour une sciatique, et parmi lesquels 138 cas de sciatique vertébrale commune dont 55 cas retrouvés chez des patients de plus de 60 ans, soit un pourcentage de 6,04% des sciatiques tout âge confondu et 0,86% de l'activité du service.

#### 2. Age et sexe

L'âge moyen des patients était de 68 ans, avec des extrêmes allant de 60 à 79 ans, la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 60 et 65 ans (64% des cas). Nous avons noté une légère prédominance masculine, avec un sex-ratio H/F de 1,2.

#### 3. Facteurs déclenchants et pathologies associées

Le port de charge lourde ou une chute ont été retrouvés chez 3 patients. Une pathologie associée a été retrouvée chez 23 patients, à type d'HTA dans 13 cas, un diabète dans 7 cas, deux cas d'asthme et une insuffisance cardiaque.

#### 4. Clinique

Une installation progressive des sciatalgies a été notée chez 51 patients (92,7%), avec une durée d'évolution allant d'un mois à 20 ans. La sciatique était de type L5 chez 31 patients (56,3%), de type S1 chez 14 patients (25,5%) et mal systématisée chez 10 patients. La sciatique était unilatérale chez 38 patients, avait un caractère mécanique chez 23 patients et mixte chez les 9 autres. D'autres signes d'accompagnement ont été notés, dont 13 cas de claudication médullaire intermittente, 38 cas de lombalgie, et 17 cas de paresthésie.

Une attitude antalgique à type de scoliose a été retrouvée chez un patient, le signe de Lasègue était positif chez 30 patients. Un déficit neurologie a été présent chez 16 patients, dont 9 déficits sensitifs (16,6%) et 7 cas d'atteinte motrice (12,8%).

#### 5. Paraclinique

##### a. Vitesse de sédimentation

Elle a été demandée chez 38 patients, dont 5 cas était normale, 14 modérément élevée, et supérieure à 30 mm à la première heure chez 17 patients.

##### b. Radiographie standard

Faite chez 30 patients, elle a montré des signes d'arthrose chez 22 patients et un pincement discal dans 14 cas. Des anomalies de transition ont été notées dans 2 cas.

#### c. Tomodensitométrie lombo-sacrée

Réalisée chez tous nos patients, elle a montré une hernie discale, parfois calcifiée avec des signes d'arthrose disco-vertébrale (fig. 1). L'hernie était postéro-latérale chez 42 patients, médiane et paramédiane chez 13 patients (fig. 2). L'étage intéressé était en L4-L5 chez 27 patients (fig. 3) et L5-S1 chez 19 patients. L'hernie discale était sur l'étage L3-L4 chez 9 patients avec une migration en bas.

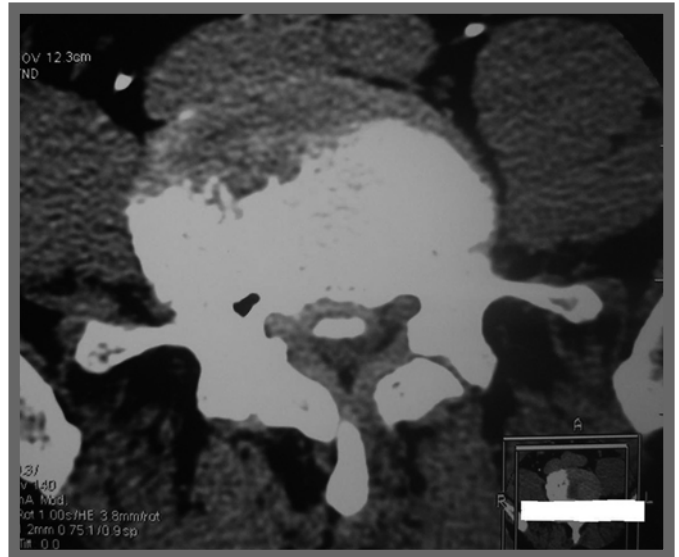


Fig. 1. TDM lombaire en coupe axiale montrant une hernie discale calcifiée avec une arthrose apophysaire postérieure



Fig. 3. TDM lombaire en coupe de reconstruction montrant une hernie discale calcifiée en L4-L5



Fig. 2. TDM lombaire en coupe axiale montrant une hernie discale médiane avec dégénérescence discale

#### d. IRM lombosacrée

Faite chez 14 patients (25,45%), dont le trajet de la radiculalgie était atypique où le scanner lombosacrée a montré une hernie discale médiane non compressive. L'IRM a confirmé le conflit discoradiculaire chez tous les malades, une association à d'autres protrusions discales chez un malade, un pincement discal et une dégénérescence discale chez huit patients.

#### e. Electromyogramme

Il a été réalisé chez deux patients et a montré une atteinte pluriradiculaire chez un patient, et était normal chez l'autre.

### 6. Traitement

#### a. Traitement médical

Il a été instauré chez tous nos patients en première intention, à base d'anti-inflammatoires, antalgiques et myorelaxants. Chez 9 patients (16%), ce traitement médical seul était suffisant pour une régression complète de la douleur.

#### b. Traitement chirurgical

Il a été préconisé chez 46 patients, soit 84% des cas. La voie d'abord était postérieure dans tous les cas avec une position opératoire en genu-pectoral dans 42 cas, et en décubitus ventral chez 4 patients. L'ablation de l'hernie discale et le curetage du disque étaient systématiques avec :

- Un abord intermyolamaire dans 26 cas (58%).
- Une laminectomie dans 14 cas (31%).
- Une hémi-laminectomie dans 5 cas (11%).

Au cours de l'intervention, une brèche de la dure-mère est survenue chez 3 patients (6,66%), suturée au cours du même temps opératoire.

### 7. Evolution

Un traitement de la douleur post-opératoire était prescrit pendant les premières 48 heures. Une sédation de la douleur a été notée chez 85% des patients et une légère amélioration chez 15%. Une rétention des urines de façon transitoire est survenue dans trois cas.

L'évolution à long terme était bonne chez 86,4% des patients. Treize patients ne se sont pas améliorés, dont cinq ont gardé une sciatalgie intermittente, cinq des lombalgies à la position assise prolongée et des troubles de la marche, chez trois patients le déficit moteur partiel n'a pas régressé.

## DISCUSSION

### 1. Fréquence

La sciatique par hernie discale est une pathologie du sujet jeune, sa fréquence diminue de façon très significative avec l'âge (3). En effet, le taux des sciatiques opérées chez des patients de plus de 60 ans par rapport aux sciatiques tout âge confondu varie entre 4% et 8% (2, 4, 11). Dans notre série, ce taux était de 6,04%. Une légère prédominance féminine a été retrouvée dans la littérature et qui s'expliquerait par le nombre plus élevé des femmes dans cette tranche d'âge (2, 11), mais surtout par l'exposition professionnelle des hommes qui feraient leur sciatique à un âge plus précoce.

### 2. Physiopathologie

La dégénérescence discale commence précocement dans la vie, dès l'âge de 20 ans et atteint principalement les disques mécaniquement très sollicités (essentiellement au niveau cervical et lombaire bas). Pour le nucléus pulposus, il y a une diminution de la concentration en eau et une modification de la matrice protéique et devient fibreux, tandis que l'annulus se fissure. Parfois l'involution du disque est marquée par des épisodes de migration du nucléus à travers les fissurations de l'annulus réalisant une hernie discale (9, 12, 14).

La pathogénie est parfois différente chez le sujet âgé, les travaux menés par Harada (8) sur des fragments discaux réséqués lors d'interventions pour hernie discale lombaire chez des sujets de plus de 60 ans ont montré que le matériel hernié contenait du cartilage vertébral chez 60% des patients. En effet, le tiers interne des fibres de l'annulus fibreux orientées adhère au cartilage vertébral ; avec l'âge, cet annulus développe des fissures qui progressent avec la dégénérescence, les connexions du cartilage avec le corps vertébral se fragilisent et celui-ci peut se détacher du plateau vertébral et former un fragment hernié avec l'annulus qui seul, subit les forces vertébrales après la disparition du nucléus pulposus. La diminution de la hauteur discale va entraîner une majoration des contraintes au niveau des articulations inter-apophysaires postérieures source d'arthrose.

Sur le plan clinique, l'installation est souvent progressive, avec des lombalgies qui datent de très longtemps (11, 5), et la douleur est plus souvent de type mixte (3). Fuji (6) a constaté une plus grande fréquence des troubles de la marche chez le sujet âgé, dû essentiellement à la douleur, le signe de Lasègue perd aussi sa signification avec l'âge (10), à la différence des sujets jeunes, le Lasègue peut être négatif chez le sujet âgé même si le conflit disco-radicaire est important (10). La plupart des auteurs rapportent une grande fréquence du déficit

neurologique notamment moteur. La prédominance de l'atteinte L4-L5 constatée par la plupart des auteurs, s'expliquerait par le fait que le disque L5-S1 est peu mobile chez le sujet âgé et donc pour compenser, les disques plus haut sont plus sollicités et de ce fait font hernie plus souvent (13).

La radiographie standard est souvent réalisée en première intention, d'une part elle permet de rechercher une cause ostéo-articulaire de la sciatique et d'autre part éliminer une éventuelle anomalie de transition. La tomodensitométrie lombo-sacrée permet de visualiser l'hernie discale ainsi que les signes d'arthrose disco-vertébrale qui sont moins visibles à l'IRM.

### 3. Traitement et évolution

Le traitement médical est toujours prescrit en première intention, les anti-inflammatoires doivent être manipulés avec prudence chez le sujet âgé du fait de leurs effets secondaires rénaux et digestifs (7), et surtout en cas d'association à une autre pathologie. Le repos strict dans les phases aiguës est systématique.

La chimionucléolyse ne semble pas bénéfique chez les sujets âgés, du fait de la participation arthrosique quasi-systématique dans cette tranche d'âge. En effet, les modifications biochimiques du disque âgé et les remaniements arthrosiques du rachis vieilli diminuent théoriquement l'action de la chymopapaine sur la hernie discale (7).

Le traitement chirurgical vise à réduire la douleur et améliorer la capacité de marcher et ainsi permettre une autonomie et éviter les complications de l'alitement et de la sédentarité chez les personnes âgées.

Les indications du traitement chirurgical rejoignent celles du sujet jeune, essentiellement dans les sciaticques hyperalgiques et celles compliquées d'un déficit neurologique. Le traitement médical, en absence de son efficacité, ne doit pas être prolongé et doit conduire plus rapidement à la chirurgie que chez le sujet jeune. Du fait de la participation osseuse et ligamentaire, le geste opératoire porte souvent sur des éléments osseux en plus de la discectomie. L'association à une autre pathologie tels que le diabète ou les maladies cardio-vasculaires est corrélée à la persistance plus fréquente des radiculalgies, du fait de l'intrication possible de douleur vasculaire ou de neuropathie diabétique et qu'il faut savoir déceler avant tout acte opératoire.

## CONCLUSION

La sciatique du sujet âgé est une pathologie peu fréquente, mais pose des difficultés thérapeutiques contrairement au sujet jeune du fait de la possibilité d'une origine secondaire qu'il faut éliminer et surtout de l'intrication de phénomènes dégénératifs disco-vertébraux. La fragilité des sujets âgés et l'existence fréquente d'une comorbidité compliquent la décision thérapeutique. Ces éléments doivent être pris en considération pour un meilleur résultat thérapeutique.

## REFERENCES

- Berthelot JM. Prise en charge du canal lombaire rétréci du sujet âgé. *Rev Rhum* 2004 ; 71 : 529-33.
- Bouchaccourt P, Cayla G, Moser J, Rondier P. La sciatique du sujet âgé. *Rev Rhum* 1982 ; 42 : 589-97.
- Delauche M, Cavalier Ch. La sciatique du sujet âgé. *Con Méd* 1990 ; 112 : 20-3.
- Fritschy, Werner DA. Cure opératoire de la lombosciatique du troisième âge. *Praxis* 1979 ; 68 : 319-22.
- Fritz JM, Delitto A. Lumbar spinal stenosis : a review of current concepts in evaluation, management and outcome measurements. *Arch Phys Med Rehabilitation* 1998 ; 79 : 700-8.
- Fuji K, Henmi Y, Kanematsu, Mishiro. Surgical treatment of lumbar disc herniation in elderly patients. *J Bone J Surg* 2003 ; 85-B : 1146-50.
- Gabelon I, Bochud, Gerster. Lombosciatalgie chez la personne âgée : à propos de 59 cas hospitalisés. *Rev Méd Suisse Romande* 1990 ; 110 : 355-60.
- Harada Y, Nakahara S. A pathologic study of lumbar disc herniation in the elderly. *Spine* 1989 ; 14 : 1020-4.
- Pardessus V, Kemoun G, Durient V, Catanzariti JE, Taiman. Rachis du sujet âgé. EMC, Kinésithérapie- Médecine Physique- Réadaptation 2000 ; 26-294D.
- Riffat G, Tolot, Brunon C, Chapard AD, Caton P. La névralgie sciatique après 65 ans. *Lyon Méd* 1984 ; 252 : 73-80.
- Rothoerl RD, Woertgen M, Holzschuh J, Schailer. Are there differences in the symptoms, signs and outcome after lumbar disc surgery in the elderly compared with younger patients? *Br J Neurosurg* 1998 ; 12 : 250-3.
- Saillant G, Berne J, Lemoine. Le vieillissement du rachis : histoire naturelle. La chirurgie du rachis lombaire dégénératif : 9-30.
- Shigeo A, Takanori S, Ishashi K, Kunihiko S. Clinical and pathologic characteristics of lumbar disc herniation in the elderly. *Orthopedics* 2000 ; 23 : 445-8.
- Silvestre M, Greggi T, Rulli E, Paderni S, Palumbi P, Parisini P. Lumbar disc herniation in the elderly patient. *Chir Org Mov* 2001 ; 86 : 223-30.