

## I. DEFINITION :

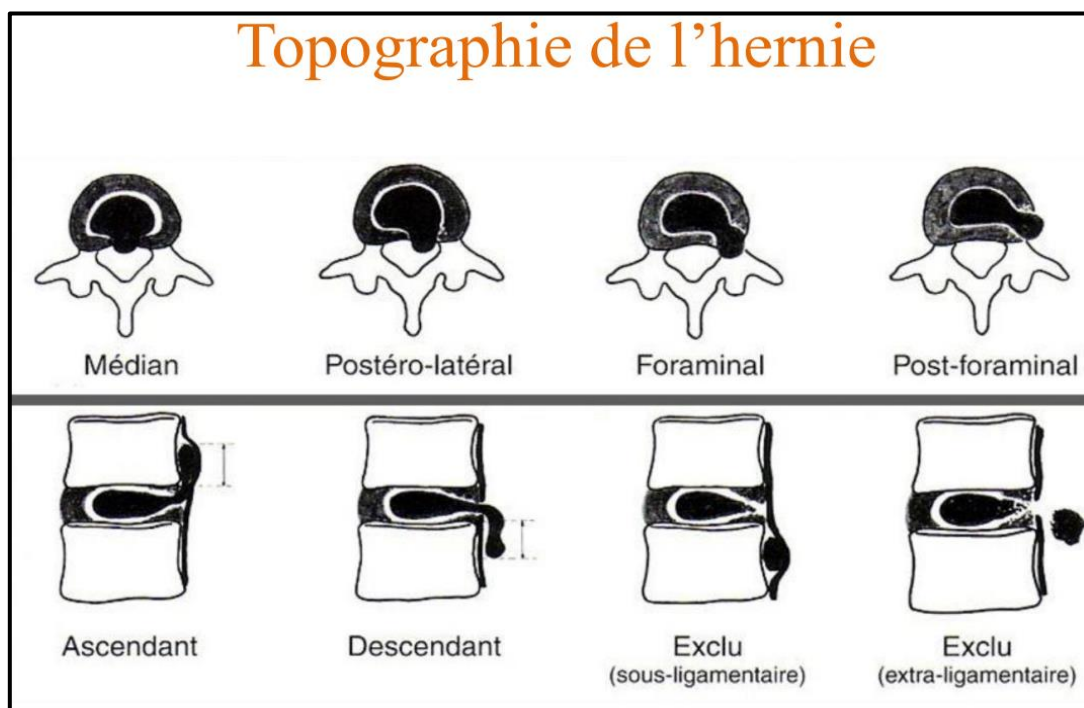
- La sciatique commune est une douleur mono-radicaire irradiant dans le territoire du nerf sciatique notamment dans les dermatomes L5 ou S1, d'origine vertébrale relevant un conflit disco-radicaire.

## II. PHYSIOPATHOLOGIE :

- La racine est agressée dans un espace anatomique, le défilé inter-discoapophysaire limité en avant par le disque intervertébral et en arrière par l'articulation inter apophysaire. Donc la douleur initiale (**lombalgie**) est due à l'atteinte du DIV sans compression radiculaire vraie et quand la hernie augmente de volume la compression radiculaire devient évidente.
- La racine L5 qui sort du trou de conjugaison L5-S1 est irritée en regard du DIV L4-L5.
- La racine S1 qui sort du trou de conjugaison S1-S2 est comprimée en regard du DIV L5-S1

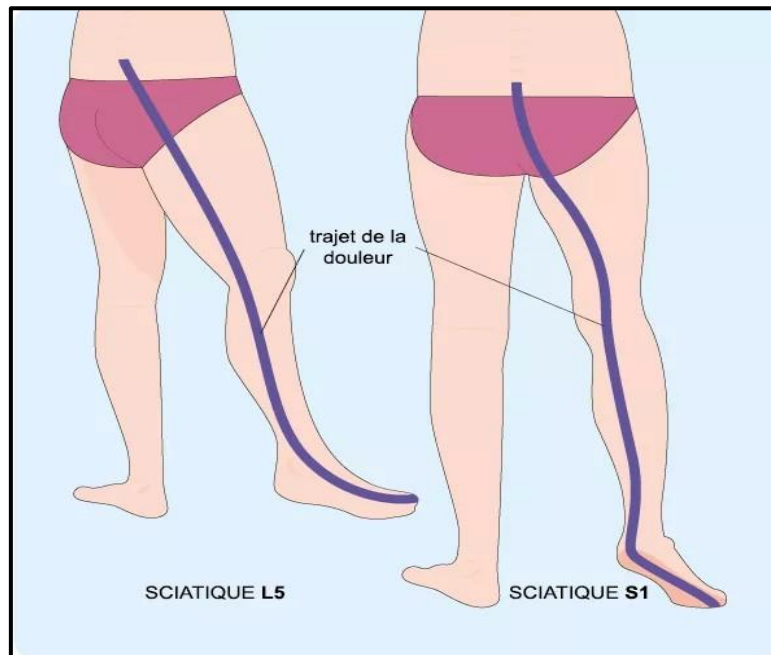
## III. MECANISME DES SCIATIQUES COMMUNES :

- Le disque intervertébral est élément d'union des vertèbres entre elles et un véritable amortisseur de choc et répartiteur de pression, plus résistant en avant qu'en arrière. Formé par :
  - ✓ **Anneau fibreux** : il est formé par un ensemble de lamelle verticales concentriques disposés à la manière des couches d'une tranche d'oignon
  - ✓ **Noyau discal** : à la forme d'une bille de 1-1,5 cm de diamètre et est constitué d'une substance gélatineuse
- Le point de départ du problème de la hernie discale commence par la détérioration du DIV suite à des Causes mécaniques, traumatiques, dégénératives, ... responsables par conséquences de :
  - ✓ **Fissures fragilisant l'anneau** : fissure radiée ou concentrique
  - ✓ **Migration intra-discale** : engagement dans les fentes radiées de fragments du nucleus pulposus qui se durcie et se fragmente

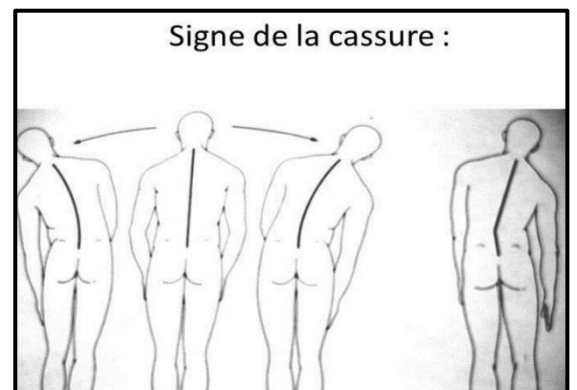


## IV. LA CLINIQUE :

- Adulte de 30 à 50 ans +++
- Le plus souvent un homme (s'explique par la pratique du sport et certaines professions ex : porte de charge lourdes .....), mais peut aussi se voir chez l'enfant, l'adolescent, le sujet âgé
- **Diagnostic** : initialement exclusivement clinique
- Influencée par les facteurs mécaniques : efforts à glotte fermée (soulèvement d'objet lourd, toux, défécation)
- La douleur suit un trajet spécifique à chaque racine :
  - ✓ **L5** : fesse, face postéro-externe de la cuisse, face externe du genou, externe ou antéro-externe de la jambe, malléole externe ou gouttière pré malléolaire, dos du pied, gros orteil
  - ✓ **S1** : fesse, face postérieure de la cuisse, creux poplité, face postérieure de la jambe, tendon d'Achille ou rétro-malléolaire, talon, plante ou bord externe du pied jusqu'au 5<sup>ème</sup> orteil



- Le diagnostic est évoqué devant la présence de :
  - 🌀 **Syndrome rachidien, qui comporte :**
  - Attitude antalgique (**déviations latérales**) directe ou croisée
  - Contracture musculaire paravertébrale
  - Effacement de la lordose lombaire
  - Lors de l'inclinaison latérale du rachis la douleur bloque le mouvement : **signe de cassure du rachis**
  - Raideur lombaire : **distance doigt-sol, test de shober**

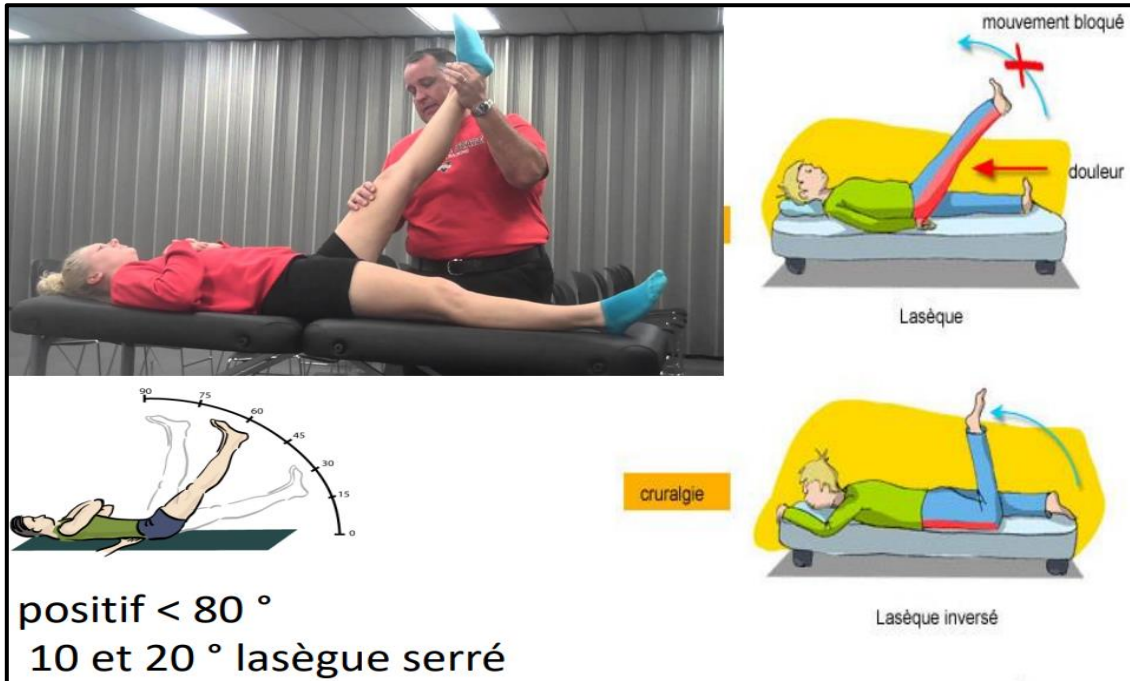


- **Syndrome radiculaire :**
- **Signe de la sonnette** : Point douloureux lombaire : positif (pression paravertébrale à la hauteur de la racine touchée reproduit la douleur).



– **Signe de Lasègue :**

- ✓ Limitation par la douleur de la flexion sur le bassin, en décubitus dorsal, d'un membre inférieur genou en extension.
- ✓ Il permet de rattacher une douleur du membre inférieur à une atteinte de l'une ou l'autre des racines du nerf sciatique.
- ✓ 2 types de Lasègue :
  - **Lasègue serré** : angle réduit (10 à 20), sciatique violente excellent, critère évolutif.
  - **Lasègue controlatéral**



🌀 **Examen neurologique +++ :**

- **Sensitif** : hypoesthésie sur le territoire douloureux surtout distal
- **Moteur au niveau de L5** : déficit des muscles de la loge Antéro-externe (**releveur du pied**) >>> impossibilité de marcher sur le talon
- **Moteur au niveau de S1** : déficit des muscles de la loge postérieure (**fléchisseurs pieds**) >>> impossibilité de marcher sur la pointe
- **Reflexes S1** : diminution ou abolition du réflexe achilléen (au niveau de L5 y'a pas un réflexe a tester)

## V. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

🌀 **Pseudo-sciatiques :**

- **Sacro-iliaque**
- **Pygalgies** : douleurs de fesse chez le sujet âgé correspondant à des fractures par insuffisance osseuse du sacrum
- **Coxo-fémorale**
- **Articulaires postérieures**

## VI. FORMES ATYPIQUES :

---

- Paresthésies à type de fourmillements ou d'engourdissement selon le même trajet radiculaire
- Formes incomplètes : formes tronquées la douleur n'atteint pas le pied, douleur en bracelet autour de la cheville : L5
- Douleur sur une partie du trajet, dysesthésies sur la même valeur localisatrice à bien rechercher par l'interrogatoire

## VII. PRISE EN CHARGE :

---

- Les sciatiques sont considérées comme des urgences diagnostiques et thérapeutiques dont le traitement varie en fonction de la forme clinique :
  - ✓ Sciatique hyperalgique >>> **Morphine**
  - ✓ Sciatique paralysante (cotation musculaire < 3) >>> **Chirurgie**
  - ✓ Syndrome de la queue de cheval >>> **Chirurgie**

### La prise en charge se fait en 2 temps

#### 1. D'abord le traitement initial (Médical) :

- A visé symptomatique pour soulager essentiellement la douleur avec surveillance de l'évolution pendant une durée de 2 semaines (**avec une amélioration dans 90% des cas**). Si toujours persistance ou aggravation de la symptomatologie >>> réalisation des radiographies standards seulement (incidence de De Sèze, Rachis lombaire de profil, Cliché centré L5-S1) « **Recommandations de la HAS** »
- Le traitement initial s'étale sur une durée de 4 semaines au minimum (Guérison dans plus de 90% des cas). Ce dernier repose sur plusieurs mesures :
  - ✓ Repos allongé dont la période est discutée au cas par cas
  - ✓ AINS voir les corticoïdes
  - ✓ Antalgiques paliers 1 / 2
  - ✓ Myorelaxants
  - ✓ Infiltrations épidurales interépineuses
  - ✓ Lombostat
  - ✓ Proscrire toute traction ou élongation, une manipulation ou même une rééducation

#### 2. Second temps : destinés aux examens radiologiques approfondies (TDM et/ou IRM) suivi par un traitement radical si son indication impose

#### **Nucléolyse** : par CHYMOPAPAINE

- **Contre-indications** :
  - ✓ Antécédents allergiques
  - ✓ Hernies discales exclues
  - ✓ Volumineuses hernies migrées
  - ✓ Antécédents de nucléolyse
  - ✓ Sciatiques par conflit osseux postérieur
- **Complications** :
  - ✓ Spondylodiscites 0,1 à 0,3%
  - ✓ Accidents neurologiques : 0,04%
  - ✓ Pincement discal et lombalgies résiduelles 90%

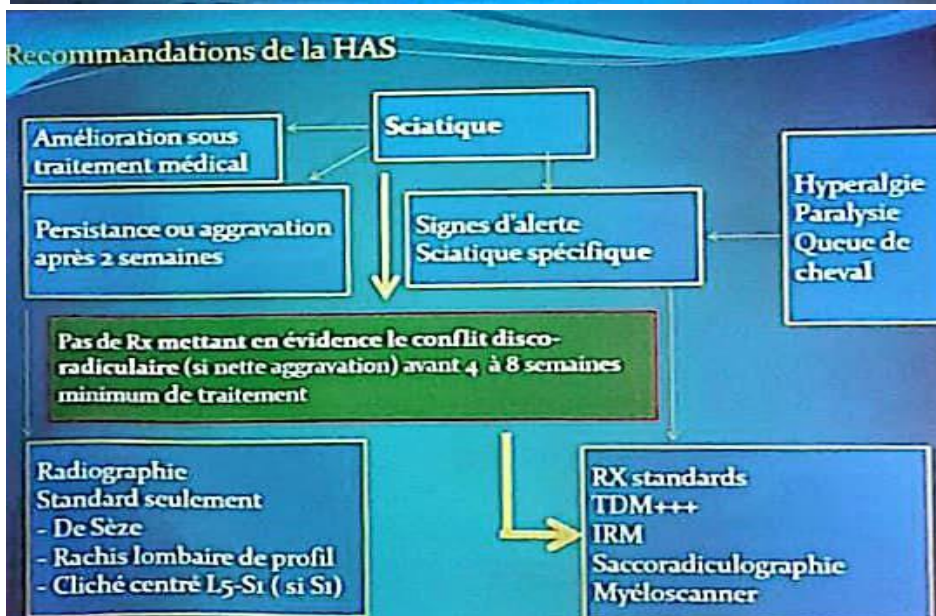
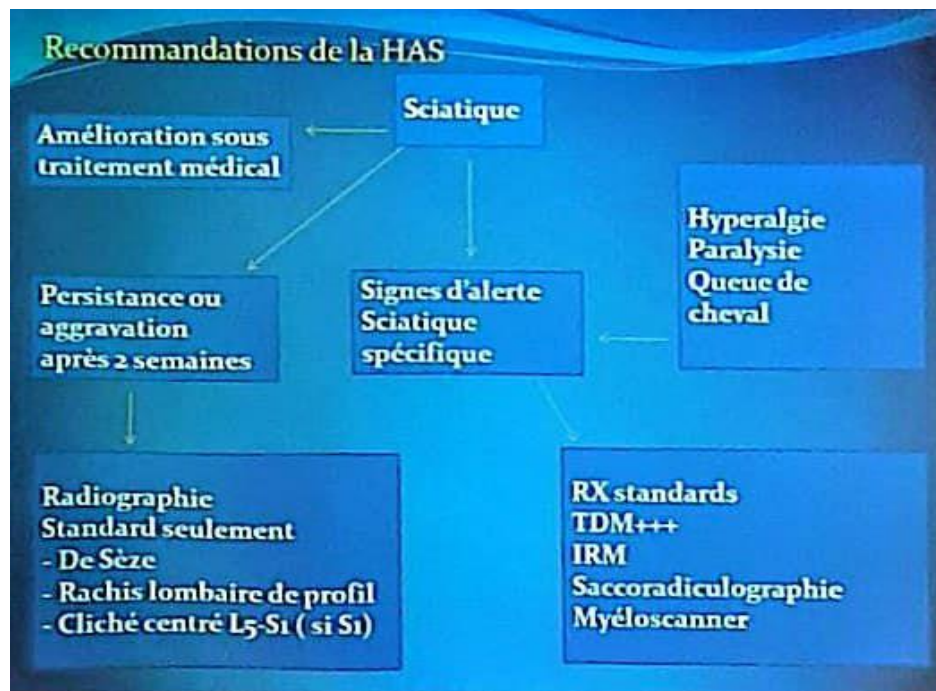


## 🌀 Chirurgie :

- Résultats bons 80-85%
- Résection de la HD avec ou sans curetage discal
- Complications :
  - ✓ **Lésions radiculaires per-opératoires**
  - ✓ **Brèches dure-mériennes**
  - ✓ **Spondylodiscites postopératoires 1%**
  - ✓ **Sciatiques post-opératoires** : secondaire soit :
    - **Récidive herniaire** : due à la persistance d'un fragment herniaire déclenchant par conséquence une douleur radiculaire.
    - **Douleur neuropathique** : par récidive de la HD ou une fibrose périurale

## 🌀 Rééducation :

- Jamais en phase aiguë à distance de la sciatique : 4 à 6 semaines
- **À court terme** : techniques sédatives, massages, physiothérapie
- **À long terme** :
  - ✓ **Amélioration de la mobilité rachidienne** : étirement, décontraction
  - ✓ **Rééducation des propriétés musculaires** : élasticité, force, vigilance



## VIII. AUTRES RADICULALGIES DU MI :

---

- **Nerf fémoro-cutané** : meralgie anesthésique

- **Nerf crural** :

- ✓ L3 : Cruralgie

- ✓ L4 : Cruralgie, reflexe rotulien

### **Cruralgies :**

- Lomboradiculalgie affectant une des racines du nerf crural.

- Moins fréquente que la lombosciatique

- Généralement touchent les hommes plus que les femmes entre 50 et 60 ans.

- Le syndrome rachidien est habituellement mais moins net que dans la lombosciatique.

- Les caractéristiques de la douleur : **Brutale, intense, a type de dysesthésies, brulures, broiement, recrudescence nocturne, état général paraissant altéré.**

- Topographie de la douleur :

- ✓ **L3** : Face antérieure de la cuisse, face interne du genou, se perd à la face médiale de la jambe

- ✓ **L4** : Face latérale de la cuisse, face antérieure de la jambe, s'arrête au niveau de la cheville.