

Hernie discale et canal étroit

H. PARENT

Introduction

Une hernie discale peut compliquer un canal étroit préexistant. Plusieurs situations peuvent se rencontrer : une hernie discale survient sur un canal étroit vierge ou sur un canal étroit déjà opéré. Le bilan d'un canal étroit découvre à l'imagerie une hernie discale qui participe à la réduction du canal.

Y a-t-il des particularités cliniques ? La gestion du geste chirurgical est-elle différente ? Faut-il absolument exciser la hernie au cours du traitement chirurgical du canal lombaire étroit ?

L'excision d'une hernie discale au cours du traitement chirurgical du canal lombaire étroit est-elle déstabilisante pouvant imposer une arthrodèse complémentaire ?

La littérature n'individualise pas cette entité particulière. On peut quand même faire quelques remarques.

Particularités cliniques

Le tableau clinique peut être classique, brutal et n'avoir rien de particulier et c'est celui d'une sciatique ou cruralgie monoradiculaire ; c'est l'imagerie qui précisera que le canal étroit est associé. On peut imaginer que la hernie n'a pas besoin d'être volumineuse pour être symptomatique. La présence d'un canal étroit associé est régulièrement citée comme facteur de risque d'une complication neurologique associée [1, 2].

Le tableau clinique peut être celui d'un canal étroit avec la triade classique de lombalgie, radiculalgies mal systématisées éventuellement bilatérales avec claudication intermittente et c'est l'imagerie qui mettra en évidence une hernie discale associée.

Imagerie

La découverte d'un canal étroit associé à la hernie discale au cours d'un scanner de première intention doit conduire à demander une IRM qui devient alors toujours indispensable pour mieux analyser la sévérité, l'étendue du canal étroit avec des incidences myélographiques.

La téléométrie est souvent nécessaire pour le bilan de l'équilibre du rachis et surtout des clichés dynamiques à la recherche d'une instabilité, même si ceux-ci peuvent être d'interprétation discutable en cas d'hyperalgie.

Traitement médical

Il doit toujours être tenté de première intention sauf en cas de déficit moteur associé ou de syndrome de la queue de cheval (plus fréquent dans ce contexte). Il est souvent insuffisant et le traitement chirurgical est plus souvent nécessaire.

Traitement chirurgical, particularités

En cas de radiculalgie rebelle au traitement médical sur un canal étroit asymptomatique auparavant, on peut proposer une libération du seul niveau incriminé avec un recalibrage unilatéral associé à l'excision de la hernie discale. On peut même utiliser une technique mini-invasive. Au moindre doute, si le canal est serré, il faut discuter d'un abord bilatéral du niveau incriminé.

En cas du traitement chirurgical d'un canal étroit, la présence d'une hernie discale associée doit être bien analysée. Le plus souvent, une fois le canal étroit libéré, même en cas de hernie discale médiane importante, il est rarement nécessaire de faire l'excision de la hernie discale. Il faut bien sûr palper l'espace discal mais, si l'on hésite, on peut privilégier l'abstention qui, le plus souvent, est la bonne option. Une excision discale après une libération postérieure large avec des arthrectomies généreuses peut être déstabilisante.

Une hernie discale compliquant un canal étroit déjà opéré et qui nécessite une intervention doit faire réfléchir à la stratégie chirurgicale. Il faut alors bien analyser les massifs articulaires par scanner et savoir s'ils n'ont pas été fragilisés par la chirurgie antérieure. La hernie a-t-elle une composante foraminale et le foramen est-il rétréci ? Y a-t-il une instabilité aux clichés dynamiques ?

En effet, certaines situations seront faciles à gérer et il faudra proposer un abord itératif avec excision de la hernie discale. Il faudra être économe sur l'arthrectomie éventuellement nécessaire.

Mais parfois, la fragilité des articulaires, la fermeture d'un foramen, une instabilité aux clichés dynamiques pourront imposer un abord postéro-latéral selon Wiltse. Cela aura l'avantage d'un abord vierge, plus simple et moins dangereux, évitant la cicatrice opératoire. Par une arthrectomie complète, on réalisera la libération centrale et foraminale. En revanche, cet abord nécessitera une arthrodèse transforaminale avec cage et ostéosynthèse que l'on pourra même réaliser par voie mini-invasive. Dans certaines conditions anatomiques, on pourra même proposer une arthrodèse lombaire mini-invasive par voie unilatérale (UNILIF) [3].

Déclaration d'intérêts

L'auteur de ce chapitre déclare n'avoir aucun conflit en relation avec ce travail.

RÉFÉRENCES

- [1] Krishnan V, Rajasekaran S, Aiyer SN, Kanna R, Shetty AP. Clinical and radiological factors related to the presence of motor deficit in lumbar disc prolapse : a prospective analysis of consecutive cases with neurological deficit. *Eur Spine J* 2017; 26 : 2642–9.
- [2] Ma J, He Y, Wang A, Wang W, Xi Y, Yu J, et al. Risk factors analysis for foot drop associated with lumbar disc herniation : an analysis of 236 patients. *World Neurosurg* 2018; 110 : e1017–24.
- [3] Giorgi H, Prebet R, Andriantsimiavona R, Tropiano P, Blondel B, Parent HF. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion with unilateral pedicle screw fixation (UNILIF) : morbidity, clinical and radiological 2-year outcomes of a 66-patient prospective series. *Eur Spine J* 2018; 27 : 1933–9.