

HERNIE DISCALE

— Définition et cause

On parle de hernie discale lorsqu'un **fragment de disque** intervertébral est **expulsé en dehors du disque**. L'extériorisation de ce fragment se fait à travers une ou plusieurs fissures du disque et ne peut donc pas survenir sur un disque parfaitement sain. La hernie est différente de la protrusion discale qui correspond à un bombement du disque, qui se fait progressivement, au fur et à mesure que le disque s'affaisse.

Fissure, hernie et protrusion discale sont toutes trois des conséquences de la **discopathie ou maladie dégénérative du disque** qui est très répandue dans la population, ce qui explique le nombre très important de personnes porteuses d'une hernie discale.

— Evolution

Avoir une hernie discale n'est pas forcément grave, ni douloureux. On découvre assez fréquemment des hernies discales chez des personnes qui ne se plaignent pas du dos. La hernie discale devient douloureuse lorsqu'elle vient **comprimer une racine nerveuse**, située juste en arrière du disque dans la colonne vertébrale.

L'évolution peut se faire naturellement vers la disparition des symptômes, même si la hernie, elle, ne disparaît pas le plus souvent. L'évolution peut aussi se faire vers l'aggravation des douleurs et parfois même se compliquer d'une paralysie.

Enfin, l'évolution chez un grand nombre de patients va être cyclique, en alternant des périodes de douleurs et de rémission.

— Symptômes

Le plus souvent, les symptômes commencent après un effort banal, par une violente douleur dans la région lombaire, suivi, après un délai allant de quelques minutes à quelques jours, de l'apparition d'une **douleur dans une des deux jambes**.

Cette douleur dans les jambes correspond à la compression par la hernie, d'une racine nerveuse qui passe en arrière du disque, et qui descend dans la jambe selon un trajet très précis. On parle de **sciatique** quand les racines comprimées sont celles qui passent en arrière de la jambe et de **cruralgie** quand elles passent en avant de la cuisse. Parfois la douleur descend jusqu'au bout des pieds, parfois elle n'est ressentie que dans la fesse, dans la cuisse ou dans le mollet.

En plus de cette douleur, il peut exister des **fourmillements**, des **anesthésies** et mêmes des **paralysies**, c'est à dire des pertes de forces souvent localisées (aux orteils, au pied ou au genou). Ces symptômes quand ils apparaissent doivent amener le patient à consulter en urgence car ils traduisent que des lésions graves sur la racine nerveuse sont en train de se constituer, potentiellement définitives.

Il faut comprendre que la hernie discale provient quasiment toujours d'un disque malade : c'est la discopathie. Il faut alors différencier les **douleurs de sciatique et de cruralgie**, causées par la hernie discale en comprimant la racine nerveuse, et les **douleurs lombaires** (lombalgies ou mal de dos), causée par la maladie discale (discopathie).

— Les examens

Les hernies discales sont parfaitement bien diagnostiquées par un scanner ou une **IRM**. La réalisation d'un de ces deux examens est indispensable avant de demander un avis opératoire à un chirurgien.

— Possibilités de traitement

En l'absence de paralysie ou de problèmes urinaires, il n'y a jamais d'urgence à opérer une hernie discale. Le traitement médical à mettre en place va alors associer le repos, qui est l'élément capital, les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires et parfois des massages ou des infiltrations.

Le but de ce traitement est de **calmer l'inflammation autour de la racine nerveuse comprimée** et d'attendre une possible guérison naturelle des symptômes. Après quelques semaines d'évolution, le médecin et le patient vont se faire une idée sur l'efficacité de ce traitement et sur les chances de survenue d'une guérison spontanée de la crise.

— Principe du traitement chirurgical

Si l'évolution n'est pas bonne, le chirurgien, en fonction de la gravité des symptômes présentés par le patient, de la durée d'évolution et de la morphologie de la hernie discale, va se prononcer sur la nécessité ou non de **recourir à une chirurgie** pour décompresser la racine nerveuse souffrante, en retirant la hernie.

Le plus souvent une simple ablation du fragment de disque exclu sous microchirurgie suffira. Dans les cas de récurrence de hernie ou de hernie survenant sur un disque dont l'état d'usure est déjà très évolué, c'est le disque dans sa totalité qui devra être retiré et remplacé par un implant.

Dans ce cas, les patients ont en général des antécédents de mal de dos, de lumbago ou de crises de sciatiques à répétitions.

— La chirurgie

L'ablation chirurgicale de la hernie discale est faite par **microchirurgie**, à travers un écarteur tubulaire qui permet la **préservation de muscles dorsaux**. Une fois la hernie retirée, le nerf décomprimé va reprendre sa place.

— Les soins POST-OPERATOIRES à la clinique :

Le premier lever se fait quelques heures après l'intervention. Le kinésithérapeute vous apprend les gestes que vous aurez à effectuer pendant toute votre convalescence : la manière de se lever, se coucher, se baisser, ramasser des objets au sol, faire sa toilette. Dès le premier jour, vous retrouverez une certaine autonomie pour ces gestes de la vie quotidienne. **Le retour à domicile peut se faire le jour même de l'intervention**, en ambulatoire, ou le lendemain matin. Les prescriptions de soins de pansement, de médicaments antalgiques et d'arrêt maladie jusqu'à la consultation de contrôle vous seront délivrés à la sortie.

Seul un praticien expérimenté peut poser un diagnostic précis en pathologie vertébrale. Le rôle du praticien est de déterminer le caractère pathologique ou non d'une anomalie discale ou vertébrale découverte sur un examen d'imagerie. Il devra alors en préciser le risque et le potentiel évolutif, élément capital dans la décision thérapeutique. Enfin, son diagnostic permettra d'identifier parmi ces anomalies, celles qui ne sont pas responsables de symptômes, qui ne sont pas porteuses de risques et qui ne nécessiteront donc pas de traitement particulier.

— La convalescence

De retour au domicile, le rythme de vie idéal associe le **repos**, dans une position confortable (position semi-allongée avec dossier incliné à 45°, jambes légèrement fléchies au niveau des genoux) en alternance plusieurs fois par jour avec des **marches calmes**, sur du plat, de 10-15 minutes initialement et pouvant aller jusqu'à 1 heure ou 2.

Pendant les premiers jours, il ne faudra pas essayer de reprendre les activités du quotidien (ménage, courses, conduite automobile, port de charge même légère). Puis, à partir de la 2eme ou la 3eme semaine, vous serez autorisé à reprendre très progressivement ces activités, en écoutant votre corps et les éventuelles douleurs à l'effort qui devront vous servir de limite. La récurrence douloureuse pendant la convalescence est souvent la conséquence d'une surcharge d'activité et aura tendance à disparaître au repos.

Les soins de kinésithérapies débuteront après la 3eme semaine, en commençant pas le massage de la cicatrice ainsi que des zones douloureuses ou contractées au niveau de la colonne. Une fois le corps préparé, la **rééducation se fera par le mouvement**, pour assouplir le corps et renforcer la colonne et les membres inférieurs. La reprise professionnelle et sportive pourra se faire dès la 4eme semaine, sauf douleurs particulières.

Sur le long terme, il n'y aura pas de contre-indication particulière et vous serez autorisé à mener une **vie active et sportive tout à fait normalement**.

Nos techniques chirurgicales en image ?
Visitez la page [Hernie discale](#) sur notre site.

