

Article Original

Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques du Canal Lombaire Étroit et de la Hernie Discale Lombaire Opérés dans les Services de Chirurgie de L'Hôpital Général de Douala (Hgd) et de L'Hôpital D'HEVECAM de Niète.

Onambany B¹, Esiene A², Motah M³, Bello F⁴, Djientcheu V.P.⁴

1 : Service de chirurgie de l'Hôpital Général de Douala et de l'Hôpital d'Hévecam de Niète

2 : Service d'anesthésie et réanimation de l'Hôpital Central de Yaoundé

3 : Service de Chirurgie de l'Hôpital Général de Douala

4 : Service de Neurochirurgie de l'Hôpital Central de Yaoundé.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le canal lombaire étroit (CLE) et la hernie discale sont des pathologies courantes dans notre pratique quotidienne. Le but de ce travail était de rapporter notre expérience dans la prise en charge chirurgicale des deux pathologies à l'HGD et l'Hôpital d'Hévecam.

PATIENTS ET MÉTHODES : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive couvrant la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2010, incluant tous les patients opérés d'un CLE ou d'une hernie discale à l'Hôpital Général de Douala et l'Hôpital d'Hévecam de Niète au Sud Cameroun. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie générale en position genu pectoral.

RÉSULTATS : Au total 65 Patients ont été inclus. Il s'agissait de 46 cas de hernie discale et 19 cas de canal lombaire étroit (CLE) dont 48 hommes (73,8%) et 17 femmes (26,2%). L'âge moyen était de 48 ans. Comme facteur de risque professionnel, la manutention représentait 20% des cas. La principale présentation clinique de la hernie discale était un syndrome radiculaire L5 ou S1 unilatéral (55,3%). Il s'agissait d'une claudication neurogène avec lombosciatalgie bilatérale pour le CLE dans 44,7%. Le diagnostic du CLE et de la hernie discale était posé sur la base de la tomodensitométrie dans 69,2% des cas et de la sacroradiculographie dans 30,8% des cas. Le traitement chirurgical consistait en une discectomie (55,8%), une laminectomie (38,4%) et une laminectomie associée à une discectomie (7,8%). La discectomie était à ciel ouvert (défaut de microscope opératoire). L'ostéosynthèse n'était associée dans aucun cas (défaut d'amplificateur de brillance). Les résultats étaient bons dans 70% pour la hernie discale et dans plus de 90% pour le CLE.

CONCLUSION :

Le CLE et la hernie discale sont les causes fréquentes de lombosciatalgie opérés à l'Hôpital Général de Douala et l'Hôpital d'Hévecam de Niète. Une amélioration du plateau technique est indispensable ; la création d'un véritable service de neurochirurgie dans cette région où les indications neurochirurgicales sont de plus en plus fréquentes est indiqué.

Mots Clés : Hernie discale, canal lombaire étroit, sciatalgie, laminectomie, discectomie, spondylodèse

ABSTRACT :

BACKGROUND :

Lumbar spinal stenosis (LSS) and disc herniation are frequent pathologies in our practice. The aim of this study is to share our experience concerning the surgical management of these pathologies in two centers: General Hospital of Douala and Niète Hospital (Cameroon).

PATIENTS AND METHOD:

This retrospective and descriptive study was conducted from January 1st, 2004 to December 31st, 2010 in two centers: General Hospital of Douala and Niète Hospital. All patients operated from LSS and disc herniation during this period were included. The surgery was conducted by the same team in the two centers. General anesthesia was used in all the patients.

RESULTS: Sixty five patients (65) underwent surgery : 46 cases of disc herniation and 19 cases of LSS. The sex ratio was 4.8 male for 1 female. The mean age was 48 years. Manutention represented the professional risk factor in 20% of patients. The clinical presentation of disc herniation was unilateral radicular syndrome in 55, 3%. Neurogenic claudication was found in 44,7% in LSS. The diagnosis of LSS and disc herniation was done on CT scan (69,2%) and sacroradiculography (30,8%). Discectomy was done in 55,8% of cases, laminectomy in 38,4% and laminectomy associated with discectomy in 7,8% of cases. Discectomy was done without microscopy. Fusion was not done (lack of light magnifier). We obtained good results in 70% of cases of disc herniation and more than 90% of LSS cases.

CONCLUSION:

Lumbar spinal stenosis and disc herniation are frequent pathologies, regularly managed by surgery in General Hospital of Douala and Niète Hospital. Improvement of technical facilities is crucial, the creation of a neurosurgical unit in this region where the indications are increasingly observed is indicated.

INTRODUCTION

La Lombosciatalgie est l'expression des pathologies dégénératives et mécaniques du rachis lombo-sacré, dues à des lésions osseuses acquises, arthrosiques ou discales. C'est un symptôme fréquent pouvant traduire une pathologie banale comme l'arthrose ou des pathologies plus graves comme les atteintes tumorales. Les étiologies sont variées et peuvent être d'origine Infectieuse (germe banal ou atypique), dégénérative (hernie discale ou canal lombaire étroit) (9, 11, 12, 13, 16, 17), tumorale (tumeurs primaires et métastases) ou malformatives (hémi vertèbres). Le défi du clinicien est de distinguer les lombosciatalgies dues aux affections banales des affections plus graves ou conséquentes. Le diagnostique est rendu facile de nos jours grâce aux techniques modernes d'imagerie médicale (1, 7, 8, 11, 14, 15).

Dans notre pratique quotidienne, nous avons rencontré essentiellement des cas de pathologies dégénératives notamment la hernie discale (figure 1) et le canal lombaire étroit (figure 2 et 3). Le traitement chirurgical est indiqué dans les formes qui résistent au traitement médical ou d'emblée dans les formes urgentes (sciatique hyperalgique, sciatique paralysante ou syndrome de la queue de cheval). Les résultats post-opératoires sont satisfaisants dans 60-70% des cas pour la hernie discale (10) et 75-90% pour le canal lombaire étroit (3,17).

Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et le devenir des patients opérés de pathologies dégénératives (hernie discale et canal lombaire étroit) à l'HGD et l'Hôpital d'Hévécam.

PATIENTS ET MÉTHODE :

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive couvrant la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2010. Les lieux d'études étaient l'Hôpital Général de Douala et l'Hôpital d'Hévécam de Niété au Sud Cameroun. Tous les patients opérés d'un canal lombaire étroit ou d'une hernie discale pendant la période de l'étude ont été inclus. Le traitement chirurgical a été assuré dans les deux centres par une même équipe chirurgicale. Tous les patients ont été opérés sous anesthésie général en position genu pectoral.

RÉSULTATS

Au total 65 patients ont été inclus soit 46 cas de hernie discale et 19 cas de canal lombaire étroit dont 48 hommes (73,8%) et 17 femmes (26,2%), soit un sexe ratio de 2.8 hommes pour 1 femme. L'âge moyen était de 48 ans. La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 40 et 50 ans (figure 4), avec des extrêmes de 28 ans et 65 ans. L'effort de soulèvement d'une charge était retrouvé chez 17 patients (26,1%) comme facteur déclenchant de la lombosciatalgie. Comme facteur de risque professionnel, la manutention représentait 20% des cas. La principale présentation clinique de la hernie discale était un syndrome radiculaire L5 ou S1 unilatéral (55,3%). Il s'agissait d'une claudication neurogène avec lombosciatalgie bilatérale pour le canal lombaire étroit dans 44,7%

(tableau 1). Le diagnostic du canal lombaire étroit et de la hernie discale était posé sur la base de la tomodensitométrie dans 69,2% des cas et de la sacroradiculographie dans 30,8% des cas. La prise en charge chirurgicale a consisté en une discectomie dans 55,8% des cas, une laminectomie dans 38,4% et une laminectomie associée à une discectomie dans 7.8% des cas. La discectomie était à ciel ouvert car aucune de ces 2 formations hospitalières ne disposait de microscope opératoire ni d'amplificateur de brillance. Trente neuf patients (70%) des cas de hernie discale ont repris leur activité complètement après un an. Le résultat était bon (amélioration des douleurs et reprise du travail) dans plus de 90% des patients opérés d'un canal lombaire étroit.

DISCUSSION :

La hernie discale est une pathologie de l'adulte jeune et touche essentiellement les tranches d'âges comprise entre 30 et 50 ans. C'est une pathologie rare ou exceptionnelle chez l'enfant (4,5). Dans une série de la Mayo Clinic 0,4% seulement de patients opérés d'une hernie discale lombaire étaient âgés de moins de 17 ans (4). Le canal lombaire étroit (CLE) survient un peu plus tard à la cinquantaine. La tranche d'âge la plus représentée dans notre population de CLE était celle comprise entre 40 et 50 ans. D'autres études faites au Cameroun confirment que nos patients sont plus jeunes que ceux décrits par la littérature (3). L'âge moyen de nos patients était de 44 ans pour la hernie discale et de 49 ans pour le CLE.

Dans les séries occidentales la proportion de patients opérés pour hernie discale est plus grande que celle opérés pour CLE (10). Le phénomène inverse est observé dans les services de neurochirurgie dans notre environnement. C'est ainsi que Djientcheu dans une série de 102 patients opérés pour CLE à l'Hôpital Central de Yaoundé signale que 15 patients ont été opérés pour hernie discale dans la même formation pendant la même période de l'étude (3). Le sexe masculin est plus impliqué dans la hernie discale, alors que le CLE affecte essentiellement le sexe féminin (3). Dans notre série la hernie discale est prédominante avec 46 cas opérés dans la même période contre 19 cas de canal lombaire étroit.

Le syndrome radiculaire non déficitaire est le signe d'appel habituel de la hernie discale lombaire (1, 9, 10,11). Les formes déficitaires telles que la sciatique paralysante et le syndrome de la queue de cheval sont plus rares (1,10). Cependant on observe une fréquence élevée des formes déficitaires dans notre série.

La claudication neurogène est la présentation habituelle du CLE dans près de 70% des cas (3,17). Dans notre série la proportion de patients présentant une claudication neurogène était plus faible (44,7%).

La pathologie dégénérative lombaire touche essentiellement les niveaux L4/L5, L5/S1. Quatre vingt quinze pour cent (95%) de hernie discale concernent les niveaux L4/L5 et L5/S1 (17). Les niveaux L1/L2 (0,28%), L2/L3 (1,3%), L3/L4 (3,6%) sont extrêmement rares (17).

Le traitement chirurgical courant de la hernie discale lombaire est la discectomie microchirurgicale (1, 2, 6, 10, 11, 13,16). A l'Hôpital Général de Douala et à l'Hôpital d'Hévécam de Niète, nous pratiquons essentiellement la discectomie (microscope non disponible). Les autres techniques chirurgicales telles que la nucléolyse à la chimiopapaïne, la discectomie per cutané endoscopique, la discectomie per cutané au nucléotome automatique et la décompression discale au laser ne sont pas disponibles dans notre environnement. Ce sont des techniques qui sont indiquées uniquement dans certains cas bien sélectionnés (hernie non migrée) et de fait, sont moins courantes et de plus en plus abandonnées. Le traitement classique du CLE est la laminectomie (ou la foraminotomie pour les sténoses latérales). En cas d'instabilité associée (listhésis, lyse isthmique, hernie discale imposant une discectomie en plus de la laminectomie), une spondylodèse supplémentaire est nécessaire (figure 2 et 3). Dépourvu d'amplificateur de brillance et de matériel d'ostéosynthèse dans notre centre, certains patients auraient dû bénéficier d'une fusion notamment les patients chez qui à la fois les lames et le disque ont été touchés.

L'évolution à un an post opératoire d'une hernie discale lombaire, montre la disparition de la sciatique dans 70 à 75% des cas et la disparition des lombalgies dans 63% des cas. Quinze à vingt pourcent des patients sont améliorés alors que 5% des patients restent inchangés ou aggravés (failed back syndrome) (10). Dans notre série 70% sont retournés au travail. L'évolution du CLE est encore plus favorable en générale avec 75 à 90% de bons résultats (3). Ce bon résultat se retrouve également dans notre série (Tableau 2).

CONCLUSION

Le CLE et la hernie discale sont les causes fréquentes de lombosciatalgie opérés à l'Hôpital Général de Douala et l'Hôpital d'Hévécam de Niète. Les niveaux L4/L5 et L5/S1 sont les niveaux plus concernés. La discectomie (hernie discale) et la Laminectomie (CLE) constituent les techniques chirurgicales couramment utilisées. Toute fois, nous recommandons une amélioration du plateau technique voir la création d'un véritable service de Neurochirurgie dans cette région du pays où les indications neurochirurgicales sont devenues fréquentes.

RÉFÉRENCE :

1. Abdullah A F, Wolber P G H, Warfield J R et al. Surgical Management of Extreme Lateral Lumbar Disc Herniations: Review of 138 Cases .Neurosurgery 22: 648-53, 1988
2. Ditsworth D A. Endoscopic Transforaminal Lumbar Discectomy and Reconfiguration: A Posterolateral Approach into the Spinal Canal. Surg Neurol 49:588-98, 1998
3. Djientcheu VdP. Canal lombaire étroit: aspects épidémiologiques, étiologiques, cliniques, radiologiques, et chirurgicaux à propos de 102 cas à l'Hôpital Central de Yaoundé. Rev.Afri. Chir.Spéc. 004(008): 8-13, 2010
4. Ebersold M J ,Quast L M ,Bianco A J:Results of Lumbar Discectomy in the Pediatric Patient. J Neurosurg 67:643-7,1987
5. Epstein J A, Epstein N E, Marc J, et al. Lumbar Intervertebral Disk herniation in Teenage Children : Recognition and Management of Associated Anomalies. Spine 9:427-32, 1984
6. Garrido E, Connaughton P N. Unilateral Facetectomy Approach for Lateral Lumbar Disc Herniation. J Neurosurg 74:754-6, 1991
7. Godersky J C, Erickson D L, Seeljeskog E L. Extreme Lateral Disc Herniation: Diagnosis by CT Scanning. Neurosurgery 14:549-52, 1984
8. Grenier N, Greselle J-F, Douws C, et al :MR Imaging of Foraminal and Extraforaminal Lumbar Disk Herniations .J Comput Assist Tomogr 14:243-9,1990
9. Heary R F,Stellar S,Forbbs E S:Preoperative Diagnosis of an Extradural Cyst Arising from a Kataoka O, Nishibayashi Y, Sho T:Intradural Lumbar Disc Herniation : Report of three Cases with a Review of the Literature. Spine 529-33, 1989
10. Lewis P J, Weir B K A, Broad R, et al.: Long-Term Prospective Study of Lumbosacral Discectomy. J Neurosurg 67:49-53, 1987
11. Maroon J C, Kopitnik T A, Schulhof L A, et al. Diagnosis and Microsurgical Approach to Far-Lateral Disc Herniation in the Lumbar Spine .J Neurosurg 72:378-82, 1990
12. Martin D, Awwad E, Sundaram M: Lumbar Ganglion Cyst Causing Radiculopathy. Orthopedics 13:1182-3, 1990
13. NGadeu Singué et al Complications du traitement chirurgical de la hernie discale à l'Hôpital Central de Yaoundé. Rev.Afri. Chir.Spéc. 003(006): 37-40, 2009
14. Osborne D R , Heinz E R, Bullard D, et al. Role of CT in the radiological Evaluation of painful Radiculopathy After Negative Myelography .Neurosurgery 14:147-53,1984
15. . Osdorn A G, Hood R S, Sherry R G, et al. CT/MR Spectrum of far Lateral and Anterior Lumbosacral Disk Herniations. AJNR 9:775-8, 1988
16. Schisano G, Franco A, Nina P Intradicular and Intradural Lumbar Dic Herniation: Experience with Nine Cases. Surg Neurol 44:536-43, 1995
17. Tunel J A, Ersek M, Herron L, et al.: Surgery for Lumbar Spinal Stenosis: Attempted Meta-Analysis of the Literature. Spine 17:1-8, 1992

Tableau 1 : Présentation clinique de la hernie discale et du canal lombaire étroit

Formes Cliniques de Lombo-sciatalgie	Nombre de patient	%
Lombosciatalgie hyper algique et résistant au traitement médical	22	33,8%
Lombosciatalgie hyper algique et paralysante	14	21,6%
Douleurs lombaires irradiant aux membres inférieurs et ou claudication intermittente radiculaire	29	44,6%
TOTAL	65	100%

Tableau 2 : Evolution des patients opérés

Pronostic fonctionnel et vital	Nombre	%
Reprise d'activité	58	89,2%
Séquelles douloureuses résiduelles	1	1,5%
Récidives (hernie discale)	2	3,7%
Non précisés	2	3,7%
Décès	2	3,7%
TOTAL	65	100%

**Figure 1** : Hernie discale para médiane et médiane L5-S1 droit**Figure 2** : Canal lombaire étroit associé à un listhésis instable (indication de laminectomie et spondylodèse)



Figure 3 : Listhésis L4/L5 (indication de spondylodèse)

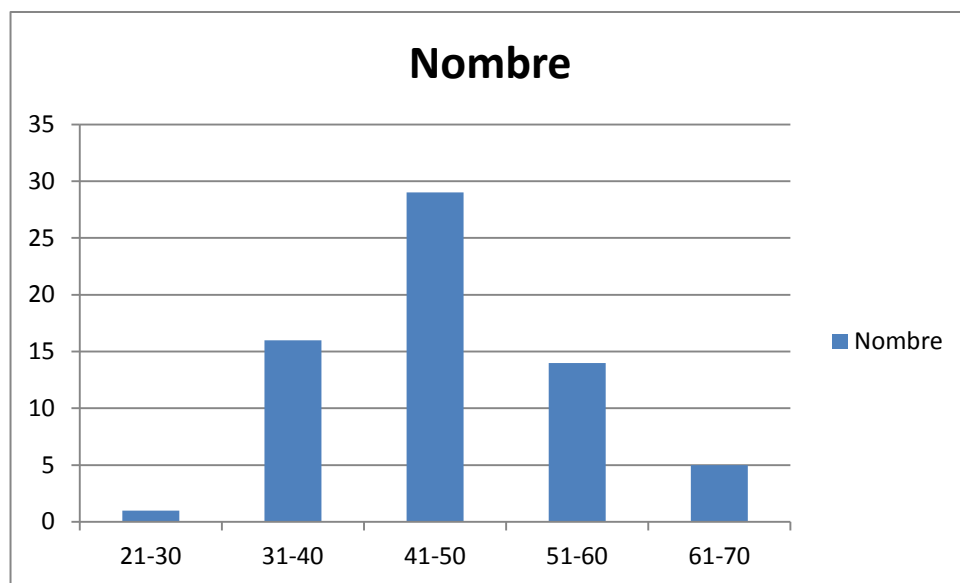


Figure 4 : Répartition des patients selon les tranches d'âge