



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Hernie discale thoracique



Herniated thoracic disc

Marie-Line Pissonnier^a, Marc Soubeyrand^a, Fabrice Parker^b, Charles Court^{a,*}

^a Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpitaux universitaires Paris Sud, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

^b Service de neurochirurgie, hôpitaux universitaires Paris Sud, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 17 janvier 2014

Disponible sur Internet le 18 février 2014

Mots clés :

Disque intervertébral épidémiologie
Disque intervertébral pathologie
Disque intervertébral traitement
Imagerie par résonance magnétique
Compression médullaire
Hernie thoracique
Radiculopathie
Pathologie de la moelle épinière
Chirurgie rachidienne
Colonne vertébrale thoracique

Keywords:

Intervertebral disc epidemiology
Intervertebral disc pathology
Intervertebral disc treatment
Magnetic resonance imaging
Spinal cord compression
Disc herniation
Radiculopathy
Spinal cord disease
Spine surgery
Thoracic vertebrae

RÉSUMÉ

L'incidence des hernies discales thoraciques est intimement liée à l'amélioration des procédés de détection en imagerie. Cependant, elles restent une pathologie exceptionnellement symptomatique. Ainsi, moins de 2% de tous les actes chirurgicaux pour pathologie discale concernent le rachis thoracique. Les présentations cliniques peuvent être trompeuses et l'examen neurologique souvent pauvre doit être minutieux, notamment en recherchant une atteinte des voies longues. Cette variété de tableaux cliniques peut s'expliquer par le rôle de la compression directe mais aussi de l'insuffisance vasculaire associée. L'absence d'atteinte neurologique centrale permet d'envisager un traitement médical. Dans le cas contraire, la chirurgie doit être discutée après la réalisation d'un bilan d'imagerie complet et d'opérabilité afin de planifier précisément l'acte chirurgical. Plusieurs techniques sont disponibles ; néanmoins, la laminectomie isolée est à proscrire. La costotransversectomie, la thoracoscopie et les thoracotomies mini-invasives vidéo-assistées sont actuellement les plus utilisées. Les voies antérieures permettraient d'obtenir de meilleurs résultats sur les hernies discales calcifiées médianes en limitant la mobilisation du cordon médullaire.

© 2014 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The reported incidence of thoracic disk herniation is closely dependent on the imaging methods used for the diagnosis. Nevertheless, thoracic disk herniation is very rarely symptomatic. Fewer than 2% of all surgical procedures for disk disease involve the thoracic spine. The clinical presentations may be misleading. A thorough neurological evaluation is necessary to identify the frequently subtle abnormalities, particularly those indicating involvement of the long tracts. This variability in the clinical manifestations may be ascribable not only to direct compression, but also to concomitant blood supply impairment. Nonsurgical treatment may be an option in patients without central neurological manifestations. Otherwise, surgery should be considered after extensive imaging studies and an assessment of feasibility, in order to allow detailed planning of the surgical procedure. Several techniques are available. Isolated laminectomy should not be performed. Costotransversectomy, thoracoscopy, and video-assisted minimally invasive thoracotomy are currently the most widely used methods. Anterior approaches may provide better outcomes in patients with midline calcified disk herniations, by limiting the need for spinal cord mobilization.

© 2014 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La première description de hernie discale thoracique symptomatique est attribuée à Key [1] en 1838. Cependant, les premiers résultats thérapeutiques, rapportés par technique de laminectomie

et discectomie, n'ont été publiés qu'une centaine d'années plus tard, rendant compte notamment d'une morbidité très importante [2,3].

Pathologie singulière, de diagnostic et de traitement difficiles, la hernie discale thoracique a longtemps été déconsidérée. Actuellement, cette affection présente un regain d'intérêt notable grâce aux avancées récentes dans le domaine de l'imagerie et de l'amélioration des techniques chirurgicales.

Bien que la prévalence des hernies discales thoraciques soit en augmentation du fait de l'accessibilité à l'IRM, elles ne

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charles.court@bct.aphp.fr (C. Court).

sont qu'exceptionnellement symptomatiques et l'indication chirurgicale reste rare. Le traitement médical occupe une place prépondérante et la chirurgie est proposée en cas d'échec ou de compression médullaire avérée ou évolutive.

Plusieurs approches chirurgicales sont décrites dans la littérature. Les voies postérieures semblent indiquées pour les localisations postérolatérales et latérales ; les voies antérieures, en pleine expansion avec le développement de la thoracoscopie, permettent une prise en charge optimale des hernies médianes calcifiées. Le seul consensus actuel chirurgical est l'abandon de la laminectomie isolée.

2. Épidémiologie

L'incidence exacte des hernies discales thoraciques symptomatiques est difficile à évaluer, du fait de la possibilité de retard diagnostique devant des manifestations atypiques ou un tableau clinique fruste. Elle est estimée à 1 pour 1 million d'habitants par an [4].

Moins de 5 protrusions discales symptomatiques sur 100 concernent le rachis thoracique (0,15 % à 4 % selon les études [5–9]), nettement loin derrière les localisations lombaire et cervicale. En conséquence, sur 100 actes chirurgicaux réalisés pour hernie discale, moins de 2 intéressent les niveaux thoraciques (0,2 % à 1,8 % [3,7,8]).

L'âge de découverte se situe habituellement entre 40 et 60 ans, comme la Fig. 1, issu du travail d'Arce et Dohrmann, le démontre. Les patients ont entre 11 et 81 ans en fonction des publications [4–8,10]. Arce et Dohrmann [7] retrouvent une légère prépondérance masculine (1,5/1) lors d'une revue de la littérature de 1985 ; des études plus récentes [9–14] présentent une tendance inverse, jusqu'à 1,88 femmes pour 1 homme [14], suggérant, selon Gille [15], une participation hormonale aux processus physiopathologiques (Fig. 2).

Les hernies discales thoraciques symptomatiques restent exceptionnelles au vu de la prévalence des sujets porteur d'une protrusion discale à cet étage. La présence d'une hernie discale est mise en évidence chez 11 % [16] (étude myélographique réalisée par Awwad et al. sur 360 sujets asymptomatiques) à 37 % [17] (étude remnographique sur 90 sujets asymptomatiques reportée par Wood et al.) des sujets sains étudiés.

L'imagerie moderne avec notamment la diffusion de l'IRM a révolutionné le diagnostic des hernies discales thoraciques, augmentant leur détection et leur prévalence. Néanmoins, les résultats obtenus doivent être interprétés en fonction de la clinique, au risque de surestimer cette pathologie exceptionnellement symptomatique et d'engendrer une prise en charge inadaptée.

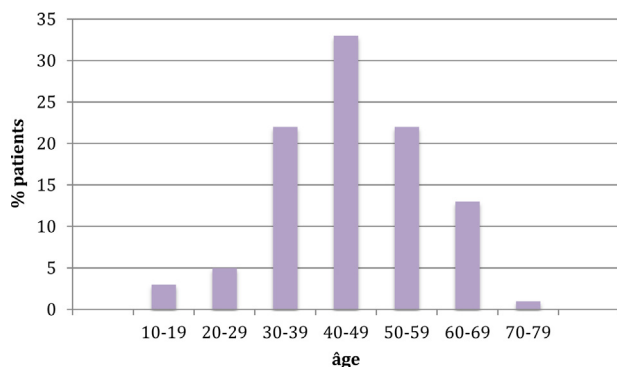


Fig. 1. Répartition selon l'âge des hernies discales thoraciques.

Selon Arce et Dohrmann [7].

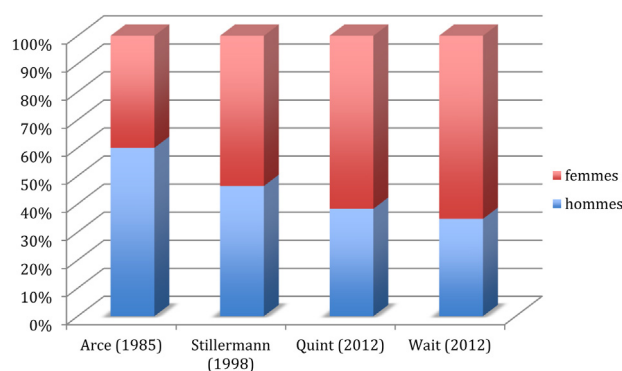


Fig. 2. Répartition selon le sexe des hernies discales thoraciques.

3. Étiologie et anatomopathologie

3.1. Étiologie

Deux mécanismes sont discutés au regard de la littérature concernant l'origine des hernies discales thoraciques.

Le plus fréquent et le plus consensuel serait, comme à l'étage lombaire, une dégénérescence discale [5,7,18]. Cette théorie est corroborée par l'atteinte prédominante de la charnière thoracolombaire dans certaines séries [7,19].

Le deuxième mécanisme, beaucoup plus rare, correspond aux hernies discales post-traumatiques. Elle toucherait plus volontiers l'adulte jeune et la symptomatologie serait d'installation brutale. Cependant, la notion de traumatisme est retrouvée dans 11 % à 63 % de l'ensemble des cas de hernie thoracique [10,20,21]. Il s'agirait plus probablement d'un mécanisme surajouté sur un disque dégénératif et la hernie discale thoracique post-traumatique pure serait exceptionnelle [6].

Une association entre hernie discale thoracique et maladie de Scheuermann est rapportée dans la littérature [17,22–24]. La prévalence de cette affection, appartenant aux dystrophies rachidiennes de croissance, est environ de 1 à 10 % dans la population générale. Elle associe une dysmorphie vertébrale et une détérioration de l'espace discal sur 3 vertèbres au minimum. Cependant, le diagnostic positif de Scheuermann reste controversé chez l'adulte. L'étude observationnelle récente de Makurthou et al. [25] rend compte d'une forte prévalence des anomalies vertébrales dans la population des Pays-Bas (presque 25 %) mais le diagnostic positif radiographique de maladie de Scheuermann est porté chez seulement 4 % de la population en associant ces anomalies à une cyphose thoracique majorée.

Il est intéressant de noter que 56 % des patients opérés de hernie thoracique dure par l'équipe de Gille présentaient des anomalies radiologiques en faveur d'un Scheuermann [24]. Ces patients sont en moyenne plus jeunes et la localisation herniaire plus fréquente au rachis thoracique moyen, zone d'hypercyphose et d'hyperpression discale (Fig. 3).

3.2. Anatomopathologie

Historiquement, 75 % des hernies discales thoraciques concernaient les niveaux T8–L1 [7], et en particulier l'étage T11–T12 (26 %), ce dernier subissant des contraintes biomécaniques majeures en lien avec une mobilité plus importante. Plus récemment, il semblerait que les hernies discales opérées touchent majoritairement le rachis thoracique moyen comme le montre le Tableau 1, et principalement le niveau T7–T8, sommet de la cyphose [10,14].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389836>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389836>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)