

LA HERNIE DISCALE THORACO-LOMBAIRE

Dr Philippe HAUDIQUET

Vétérinaire

Spécialiste en Chirurgie

Diplômé du Collège Européen de Chirurgie Vétérinaire (Dipl ECVS)

Diplômé d'Etude Spécialisée Vétérinaire en Chirurgie (DESV Chirurgie)

VETREF, Clinique Vétérinaire de Référés

7 Rue James Watt, 49000 Angers-Beaucouzé, France

02-41-200-220

clinique@vetref.fr

www.vetref.fr

Anatomie :

La colonne vertébrale est constituée de nombreux os appelés vertèbres. Un canal médullaire (contenant la moelle épinière) est situé au centre de ces vertèbres (*Photo 1*).

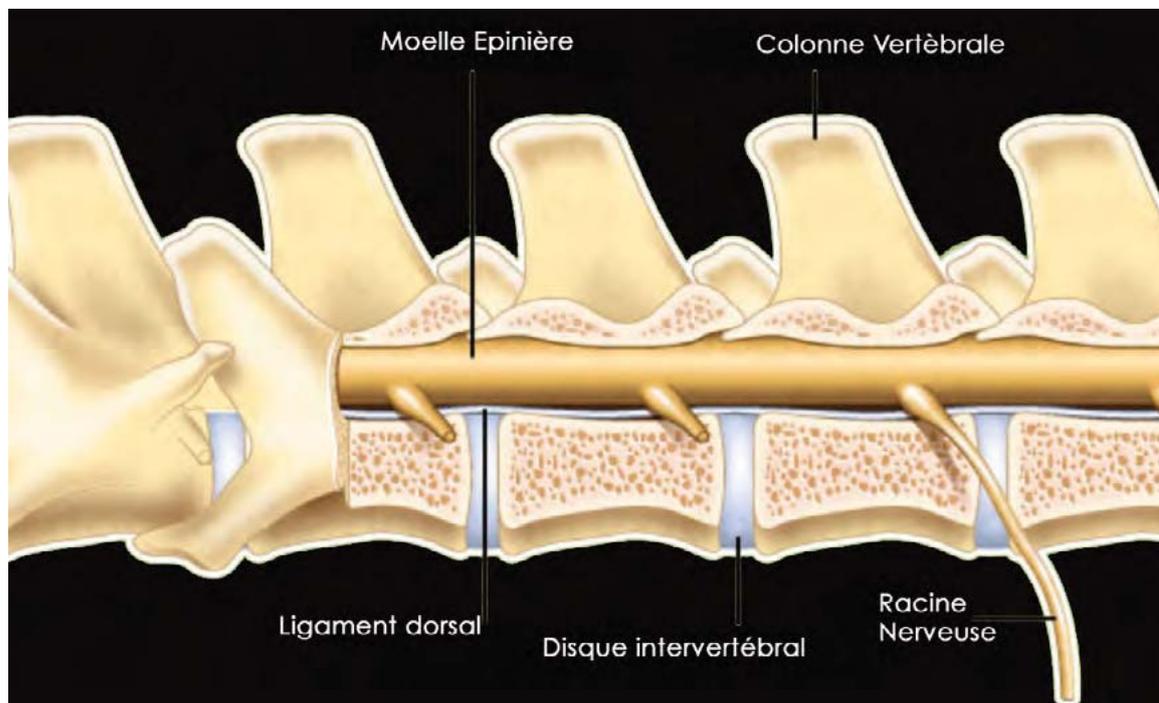


Photo 1 : coupe d'une colonne vertébrale et position de la moelle pinière

Les disques intervertébraux sont comme des tampons servant à amortir les chocs entre les vertèbres. On parle de hernie discale lorsqu'il y a expulsion d'une

partie de ce disque intervertébral dans le canal médullaire, donc compression de la moelle épinière (soit chronique soit par traumatisme).

La région située au milieu du dos (zone thoraco-lombaire) est souvent atteinte (particulièrement chez le bouledogue français, le teckel...) par ce type de lésion, en raison de sa plus grande sollicitation.

Symptômes :

Ils varient selon la gravité de la hernie, du Stade I au Stade V. La paralysie peut toucher un ou plusieurs membres.

- Stade I : Simple douleur au niveau de la colonne vertébrale

- Stade 2 : Incoordination des mouvements due à une atteinte du système nerveux central (ataxie) et /ou diminution de la motricité légère (parésie ambulatoire) ; à ce stade le patient est encore capable de se déplacer mais avec une certaine difficulté. Il a tendance à perdre l'équilibre ou avoir les pattes arrières qui traînent légèrement sur le sol (*photo 2*).



Photo 2 : Petit Bouledogue français présentant une parésie de son postérieur gauche : noter l'extrémité de la patte posée à l'envers sur le sol

- Stade 3 : Parésie non ambulatoire ; à ce stade le patient n'est plus capable de tenir sur ses membres et donc de se déplacer seul ; il garde cependant des mouvements volontaires ; si on le soulève, on verra alors les mouvements de ses membres.
- Stade 4 : Paralysie ; plus aucun mouvement n'est décelable ; cependant si on pince fort l'extrémité de ses membres, il se retourne, montrant ainsi qu'il sent encore la douleur lorsque le pincement est assez fort ; souvent une incontinence urinaire et fécale est présente (*photo 3*).



Photo 3 : Cette chienne bouledogue français présente une atteinte médullaire de stade 3 à 4 : lorsqu'on la soulève, les mouvements de ses membres sont à peine perceptibles, cependant la douleur profonde est présente : le pronostic reste donc bon.

- Stade 5 : Paralysie complète avec perte de sensibilité profonde – Incontinence urinaire et/ou fécale ; ce stade est le stade ultime ; le pronostic est alors très grave.

Diagnostic :



Photo 4 : Scanner de ce jeune bouledogue français en cours ; noter qu'une myélographie est en préparation.

Le diagnostic de la hernie discale se fait essentiellement par imagerie (**photo 4**).

L'examen de choix est le scanner. Celui-ci, si nécessaire pourra être couplé à une myélographie (Myélo-scanner). Le scanner permet presque toujours de localiser la hernie, de voir son étendue dans le canal vertébral, et le taux de compression de la moelle épinière (**Photo 5 et 6**).



Photo 5 : Scanner du rachis : coupe transversale de la colonne vertébrale montrant une très grosse hernie discale T13 / L1 (matériel blanc dans le canal vertébral)



Photo 6 : Grosse hernie discale latérale droite entre deux vertèbres thoracique : noter que la moelle épinière est comprimée à plus de 50%

Les radiographies sans préparation malheureusement ne permettent pas de visualiser la compression médullaire.

Thérapeutique médicale :

Le traitement médical pourra être éventuellement prescrit pour les patients présentés en stade 1 et éventuellement en stade 2 non-évolutif. Cependant on gardera en mémoire que lorsque le disque commence à se déchirer, l'évolution peut être défavorable. En effet il est fréquent d'avoir un animal présentant une simple douleur en début de journée, et être complètement paralysé de ses membres en fin d'après midi.

S'il est mis en place, le traitement médical a pour but de limiter la déchirure du disque. Le repos est donc primordial. On pourra lui associer l'administration d'antalgiques (morphiniques). Un anti-inflammatoire de type corticoïde à faible dose pourra être adjoint. On évitera les anti-inflammatoires non stéroïdiens pouvant augmenter les saignements dans le canal médullaire et la moelle épinière.

Thérapeutique chirurgicale :

La chirurgie consiste à aborder la moelle épinière afin d'enlever le matériel discal la comprimant. Cette chirurgie doit être effectuée dans des conditions d'aseptie strictes (*photo 7*)

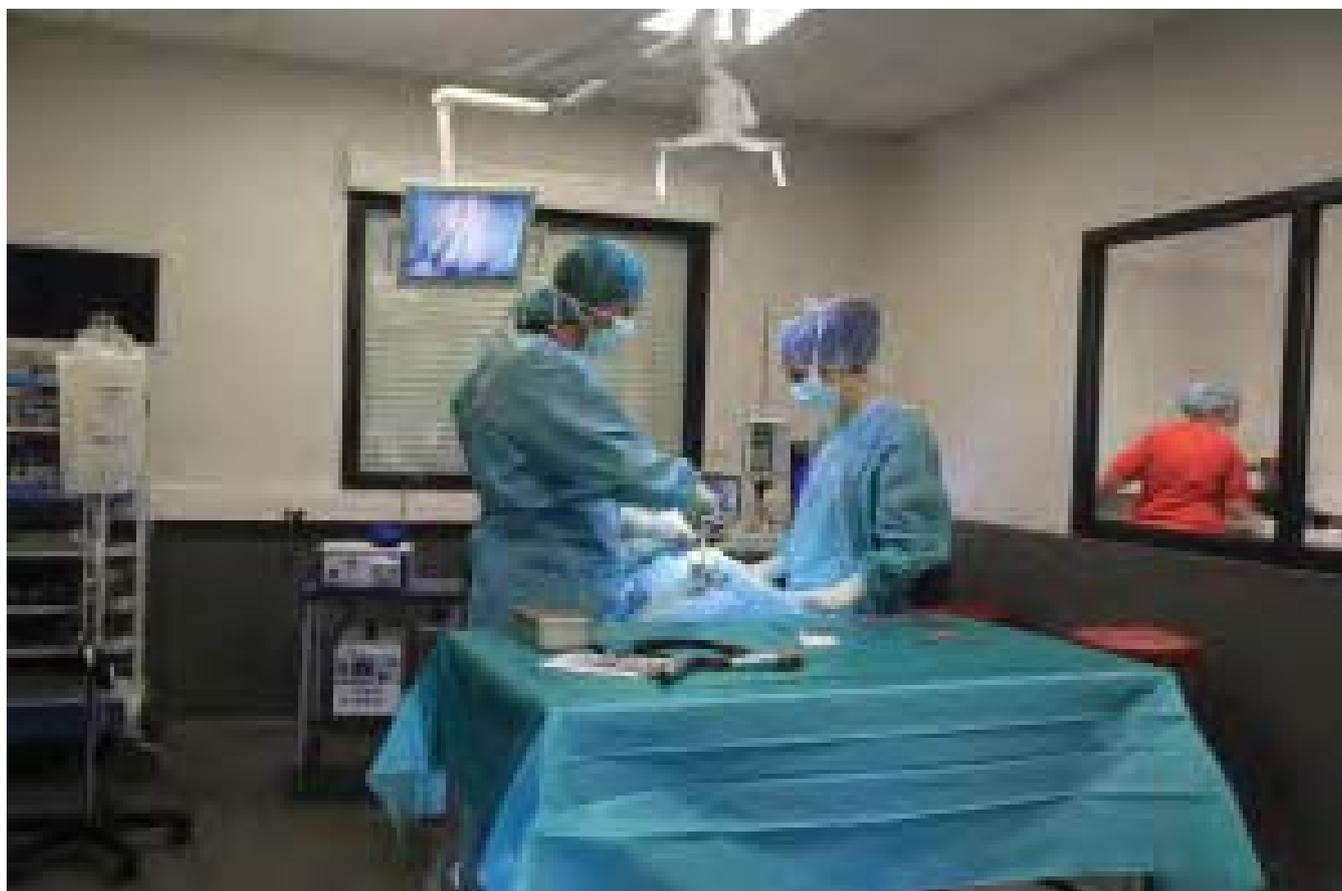


Photo 7 : Bloc opératoire lors d'une opération de hernie discale thoracolombaire.

Cette technique se réalise par hémi-laminectomie vertébrale latérale (ablation des facettes articulaires), ou mieux par foraminotomie (les facettes articulaires sont préservées).

La foraminotomie permet un abord plus ventral et donc plus en regard du matériel hernié. Il est parfois nécessaire d'étendre cette ouverture du canal vertébral sur plusieurs espaces, lorsque le matériel discal s'est propagé le long du canal (**Photo 8**).

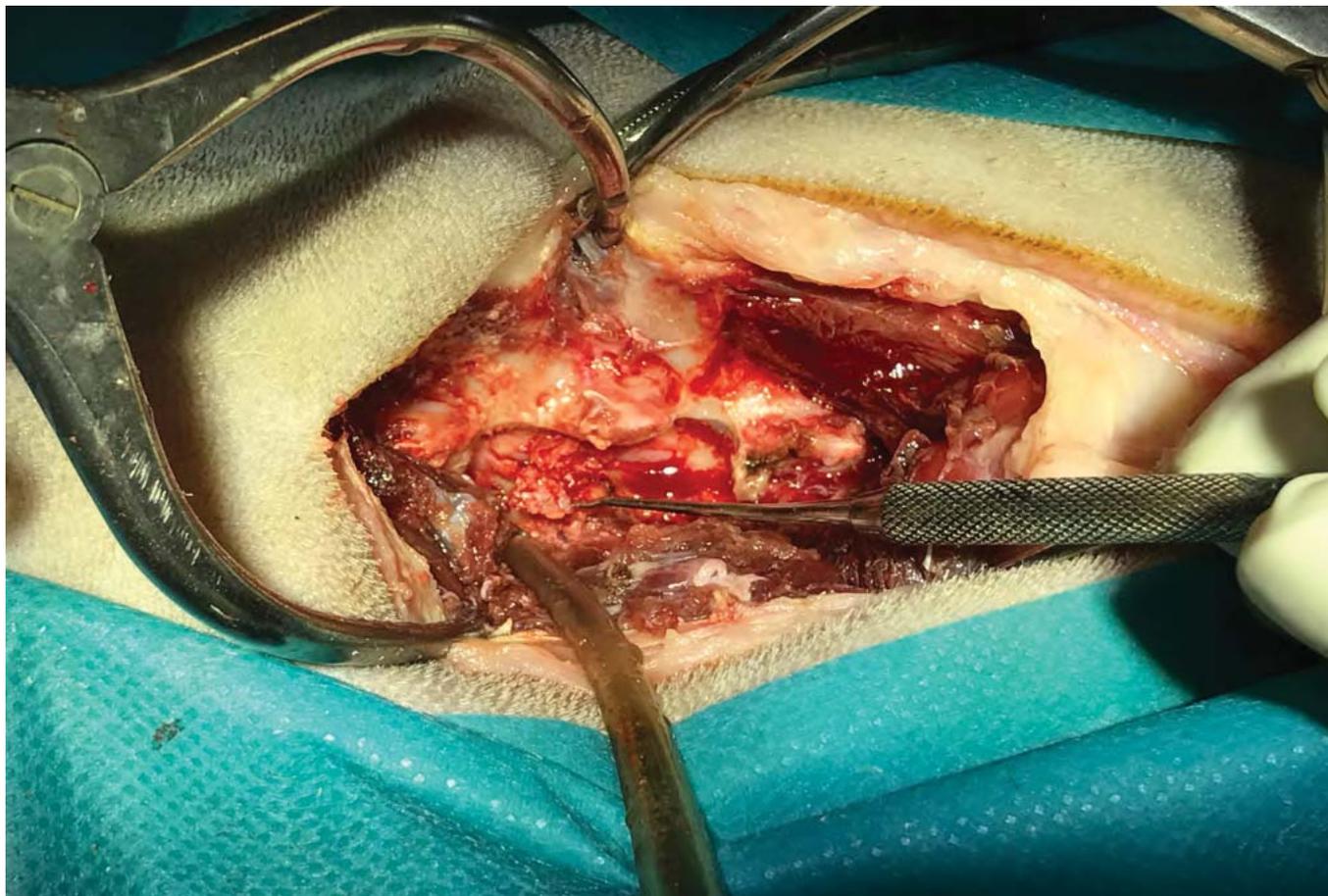


Photo 8 : ablation d'une grosse hernie discale par foraminotomie : le crochet palpeur permet d'extraire le matériel discal du canal vertébral.

Pronostic :

Le pronostic dépend essentiellement du stade, donc plus l'animal est opéré rapidement, plus la récupération est rapide et complète.

Cependant on gardera en mémoire que la vélocité du disque lors de la création de la hernie, peut induire des dégâts vasculaires important au sein de la moelle épinière, entraîner un stade élevé rapidement et donc compromettre les chances de récupération .

- Stades I :
95 à 100% de chances de récupération en 4 à 8 semaines.
- Stade II :
90 à 95% de chances de rétablissement en 4-8 semaines.
- Stade III :
85 à 90% de chance de rétablissement en 4-8 semaines (voire plus).
- Stade IV :
80 à 85% de chance de rétablissement en 4-8 semaines (voire plus).
- Stade V :
 - moins de 24h : 50% de chance de rétablissement en 4-8 semaines (voire plus)
 - plus de 24 h : 5 à 10% de chance de rétablissement en 4-8 semaines (voire plus).

Soins post-opératoires :

Hospitalisation :

- Un chien en stade 1 à 2 reste en général 3 à 5 jours à la clinique. Il peut cependant sortir plus vite si sa récupération est rapide.
- Un animal en stade 3 va rester hospitalisé entre 3 et 15 jours. En général il sera rendu à ses propriétaires lorsqu'il sera à même de marcher seul.
- Pour les animaux en stade 4 et 5, l'atteinte étant plus profonde, avec souvent incontinence urinaire, le temps d'hospitalisation sera beaucoup plus long. En effet il sera nécessaire soit de leur vidanger la vessie 2 à 4 fois par jour, soit de leur poser une sonde urinaire. Des séances de rééducation seront effectuées tous les jours par les infirmières. Le Vétérinaire responsable de la rééducation, lui, les prendra en charge au minimum 2 fois par semaine.

Traitement :

- Analgésiques/Anti-inflammatoires seront prescrits pour prévenir la douleur per opératoire et post opératoire (morphiniques) ; toute douleur devra disparaître.
- Un traitement Anti-inflammatoires sera mis en place pour diminuer l'œdème médullaire.
- Des Antibiotiques par voie intraveineuse seront injectés pendant l'intervention pour prévenir l'infection, puis un relais oral sera instauré si jugé nécessaire
- Le repos est primordial durant les premiers mois. Les sorties sont réalisées en laisse courte, et en soutenant le train arrière avec un lien si nécessaire.

Sortie du Patient :

Lorsque la sortie du patient sera programmée, un rendez-vous avec le chirurgien sera fixé.

Le déroulement de la chirurgie sera expliqué aux propriétaires, mais surtout tous les soins à réaliser à la maison seront consignés aux propriétaires :

- massages des masses musculaires
- mouvements de flexion / extension des membres
- mise en position debout et maintien de l'équilibre
- vidange de vessie (si nécessaire)
- soutien du train arrière lors de la marche à l'extérieur

Des séances de rééducation seront assurées en ambulatoire à la clinique VETREF suivant le désir des propriétaires.

Conclusion :

D'une manière générale, les hernies discales thoraco-lombaires sont de bon pronostic lorsqu'elles sont prises en charge rapidement et lorsque le stade d'atteinte n'est pas trop avancé. Seules les hernies de stade V ont un pronostic réservé (50% de chance de récupération) si opérées dans les 24 heures suivant la paralysie.

A la clinique VETREF, plus de 1500 hernies discales ont été opérées, avec un taux de succès de plus de 95%.

Nous remercions vivement Docteur HAUDIQUET qui a bien voulu prendre sur son temps précieux pour mettre à notre disposition un texte illustré compréhensible par tous sur la hernie discale qui est une de nos préoccupations majeures. Chacun pourra reconnaître les signes cliniques nécessitant une consultation d'urgence, qui ne conduira pas obligatoirement à une chirurgie mais ne retardera pas celle-ci quand elle est incontournable, ce qui permet un rétablissement avec le moins de séquelles possibles.

Comme vous le savez, l'étude sur les anomalies vertébrales entreprise en 2006 se poursuit, merci à tous de ne pas baisser les bras et de continuer à faire pratiquer les radios de dépistage