PATHOLOGIES · COLONNE VERTÉBRALE

Hernie discale cervicale : névralgie cervico-brachiale

Une douleur qui part du cou et descend dans le bras traduit souvent l'irritation d'une racine nerveuse par un disque. Elle s'améliore le plus souvent avec un traitement médical ; la chirurgie est discutée dans des situations précises.

Contenu sous la responsabilité du **Dr Gilles Zah-Bi**, neurochirurgien (RPPS 10101231446) · Date de relecture : 6 novembre 2026



Hernie discale C5-C6 : le disque déborde en arrière, vers la moelle et les racines nerveuses du bras.

Vue schématique : elle ne remplace pas l'imagerie.

L'ESSENTIEL EN 30 SECONDES

FRÉQUENCE	SYMPTÔMES	EXAMEN CLÉ	TRAITEMENT
Fréquente, le plus souvent entre 30 et 60 ans	Douleur du cou irradiant dans le bras, fourmillements, parfois faiblesse	IRM du rachis cervical	Médical d'abord ; chirurgie si douleur persistante, déficit ou compression de la moelle

De quoi s'agit-il ?

La colonne cervicale, c'est-à-dire la partie de la colonne vertébrale située dans le cou, compte sept vertèbres. Entre deux vertèbres se trouve un disque intervertébral. Il joue le rôle d'amortisseur. Il est formé d'un noyau central souple, entouré d'un anneau fibreux plus résistant.

Une **hernie discale** correspond à la sortie d'une partie du disque hors de sa place normale. Ce fragment peut venir au contact d'une racine nerveuse, c'est-à-dire d'un nerf qui sort de la moelle épinière pour se rendre dans le bras. La racine est alors comprimée et enflammée.

La douleur qui en résulte s'appelle une **névralgie cervico-brachiale** : une douleur qui naît dans le cou et descend dans l'épaule, le bras, parfois jusqu'aux doigts. Elle est l'équivalent, au membre supérieur, de la sciatique au membre inférieur.

Plus rarement, une hernie volumineuse et centrale comprime la moelle épinière elle-même. On parle alors de myélopathie, une situation différente, décrite dans la page Myélopathie cervicale.

Causes et facteurs favorisants

La hernie discale cervicale résulte le plus souvent du vieillissement naturel du disque. Avec le temps, le disque se déshydrate et l'anneau fibreux se fissure. Un effort, un faux mouvement ou parfois aucun événement particulier suffit alors à faire saillir une partie du disque.

Chez les personnes plus âgées, la compression de la racine est souvent due, au moins en partie, à des excroissances osseuses appelées ostéophytes, c'est-à-dire des « becs » d'arthrose. On parle alors d'uncarthrose ou de hernie « dure », par opposition à la hernie « molle » faite de tissu discal.

Plusieurs facteurs peuvent favoriser la survenue d'une hernie :

- l'âge, avec une fréquence plus importante entre 30 et 60 ans ;
- le tabagisme, qui accélère l'usure des disques ;
- certaines activités qui sollicitent fortement le cou ;
- un terrain familial d'usure discale précoce.

Dans la majorité des cas, aucune cause précise n'est retrouvée. La hernie n'est pas la conséquence d'une faute de la part du patient.

Les symptômes

Le symptôme principal est une douleur du cou qui irradie dans le bras. Son trajet dépend de la racine touchée : face externe du bras et pouce, face postérieure du bras et majeur, ou bord interne de l'avant-bras et petit doigt. Ce trajet aide le médecin à identifier le niveau en cause.

Cette douleur s'accompagne souvent de :

- fourmillements ou sensation d'engourdissement dans la main ou certains doigts ;
- douleur augmentée par certains mouvements du cou, la toux ou l'éternuement ;

- douleur parfois soulagée en posant la main sur la tête ;
- gêne au sommeil, la douleur étant souvent plus vive la nuit ;
- parfois une faiblesse d'un groupe de muscles, par exemple pour lever le bras, plier le coude ou serrer la main.

Certains signes orientent plutôt vers une compression de la moelle épinière : maladresse des deux mains, difficulté à boutonner une chemise ou à écrire, troubles de l'équilibre ou de la marche, sensation de décharge électrique dans le dos en penchant la tête en avant. Ils justifient un avis spécialisé rapide.

> **Appelez le 15** si apparaissent brutalement une faiblesse des bras ou des jambes, des troubles de la marche, une perte de sensibilité étendue ou des troubles pour uriner, en particulier après un traumatisme du cou.

Comment cela évolue-t-il ?

L'évolution naturelle d'une névralgie cervico-brachiale est le plus souvent favorable. Chez une large majorité de patients, la douleur diminue nettement en quelques semaines, généralement en six à douze semaines, avec un traitement médical.

Cette amélioration s'explique de deux façons. L'inflammation autour de la racine diminue avec le temps. Le fragment de disque herniaire peut aussi se rétracter, voire disparaître en partie : ce phénomène de résorption spontanée est bien documenté, surtout pour les hernies molles.

Les fourmillements et une éventuelle faiblesse peuvent mettre plus longtemps à récupérer que la douleur. Chez une minorité de patients, la douleur persiste au-delà de plusieurs semaines malgré un traitement bien conduit, ou récidive. Plus rarement, un déficit moteur apparaît ou s'aggrave. Ces situations conduisent à rediscuter la prise en charge.

Le diagnostic

Le diagnostic repose d'abord sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Le médecin précise le trajet de la douleur, teste la force musculaire, la sensibilité et les réflexes des bras. Il recherche aussi des signes de souffrance de la moelle épinière aux membres inférieurs.

L'imagerie est demandée lorsque la douleur persiste, lorsqu'elle est très intense, en cas de déficit, ou lorsqu'une chirurgie est envisagée :

- **l'IRM du rachis cervical** est l'examen de référence. Elle montre le disque, la racine et la moelle épinière ;
- **le scanner** précise la part osseuse de la compression (ostéophytes) ; il est utile lorsque l'IRM n'est pas possible ou pour préparer une intervention ;
- **les radiographies**, parfois en flexion et en extension, renseignent sur l'alignement et la mobilité de la colonne ;
- **l'électromyogramme**, qui étudie le fonctionnement des nerfs et des muscles, aide dans certains cas à distinguer une atteinte de la racine d'une atteinte d'un nerf du bras, comme un syndrome du canal carpien.

Une hernie discale visible à l'IRM n'est pas toujours responsable des symptômes : des images de disque abîmé sont fréquentes chez des personnes sans douleur. C'est la concordance entre les symptômes, l'examen et l'imagerie qui fait le diagnostic.

Pour la consultation, apportez les images et les comptes rendus de vos IRM, scanners et radiographies, ainsi que les éventuels électromyogrammes, la liste de vos traitements, notamment anticoagulants ou antiagrégants, et le courrier de votre médecin.

Les traitements

Le traitement médical est la règle en première intention, en l'absence de déficit important ou de compression de la moelle. Il associe, selon les cas :

- des antalgiques et des anti-inflammatoires, sur une durée limitée ;
- parfois une courte corticothérapie par voie orale, ou des médicaments adaptés aux douleurs d'origine nerveuse ;
- un repos relatif, sans immobilisation du cou ;
- de la kinésithérapie, une fois la phase la plus douloureuse passée.

Les infiltrations consistent à injecter un anti-inflammatoire de type corticoïde au contact de la racine. Elles sont réalisées par un radiologue interventionnel, sous contrôle de l'imagerie. Au niveau cervical, elles comportent des risques spécifiques ; leur indication est discutée au cas par cas.

La chirurgie a pour objectif de libérer la racine nerveuse, et la moelle si elle est comprimée. Deux grandes approches existent :

- **la voie antérieure**, par une courte incision à l'avant du cou, souvent dans un pli cutané. Le chirurgien retire le disque et la hernie, puis remplace le disque soit par une cage qui permet la fusion des deux vertèbres (arthrodèse), soit par une prothèse discale qui conserve une mobilité. Voir la fiche Arthrodèse vertébrale ;
- **la foraminotomie postérieure**, par une courte incision à l'arrière du cou, à l'aide d'un écarteur tubulaire sous microscope ou par endoscopie biportale (UBE). Elle élargit le trou de sortie de la racine (le foramen) et permet de retirer une hernie latérale, sans toucher au disque restant. Voir la fiche Chirurgie mini-invasive du rachis.

Le choix entre ces techniques dépend de la position de la hernie, du nombre de niveaux concernés, de la part osseuse de la compression, de l'état des disques voisins et de l'existence d'une compression de la moelle. Lorsque les conditions sont réunies à l'imagerie (disque et articulations postérieures suffisamment préservés, absence d'instabilité), la prothèse discale est privilégiée, afin de préserver la mobilité du segment opéré. Il n'existe toutefois pas de technique supérieure dans toutes les situations. Le choix est expliqué et discuté avec vous en consultation.

Quand une intervention est-elle discutée ?

Une intervention est discutée dans les situations suivantes :

- une douleur qui reste importante malgré un traitement médical bien conduit pendant plusieurs semaines, généralement au-delà de six à douze semaines, avec une imagerie concordante ;
- une douleur insupportable, résistante aux antalgiques puissants ;
- une faiblesse musculaire significative ou qui s'aggrave ;
- des signes de compression de la moelle épinière.

Dans la plupart des cas, la décision n'est pas urgente : elle se prend avec vous, en pesant les bénéfices attendus et les risques. La chirurgie soulage le plus souvent la douleur du bras ; elle agit moins sur les douleurs du cou isolées. Elle comporte des risques, rares mais à connaître : troubles transitoires de la déglutition ou de la voix après une voie antérieure, hématome, infection, atteinte d'une racine ou, très exceptionnellement, de la moelle. Ils sont détaillés en consultation.

Questions fréquentes

Faut-il forcément opérer une hernie discale cervicale ?

Non. La majorité des névralgies cervico-brachiales s'améliorent avec un traitement médical en quelques semaines. La chirurgie est réservée aux douleurs qui persistent, aux déficits et aux compressions de la moelle.

Arthrodèse ou prothèse : quelle différence ?

L'arthrodèse soude les deux vertèbres, ce qui supprime la mobilité de ce seul niveau. La prothèse conserve une mobilité ; elle est proposée en priorité lorsque l'imagerie le permet. Elle n'est pas possible dans toutes les situations : l'âge, l'état du disque et des articulations, et la stabilité de la colonne sont pris en compte. Les deux options sont discutées en consultation.

Puis-je continuer à travailler ?

Cela dépend de l'intensité de la douleur et de votre activité. Un arrêt de travail court est souvent utile en phase aiguë. Le maintien d'une activité adaptée est en général préférable au repos strict prolongé.

La kinésithérapie est-elle utile ?

Oui, le plus souvent après la phase la plus douloureuse. Elle aide à retrouver la mobilité du cou et à renforcer les muscles. Les manipulations brusques du cou sont à éviter en cas de hernie discale.

Pour aller plus loin

Informations complémentaires auprès des sociétés savantes et organismes de référence :

- Société Française de Chirurgie Rachidienne — Espace patients (https://www.sfcr.fr/patients/espace-patients/fiches-informations)
- Société Française de Neurochirurgie — Espace patients (https://www.sfneurochirurgie.fr/fr/patients/)

Cette page donne une information générale. Elle ne remplace pas une consultation : l'indication, la technique et les suites sont adaptées à chaque patient. En cas d'urgence, appelez le 15.