

Conférence d'actualité

La sciatique par hernie discale : traitement conservateur ou traitement radical ?

Disk herniation-induced sciatica: medical or surgical treatment? [◇]

Erik Legrand^{a,*}, Béatrice Bouvard^a, Maurice Audran^a, Dominique Fournier^b, Jean Pierre Valat^c,
Section Rachis de la SFR

^a Service de rhumatologie, CHU, université d'Angers, 49933 Angers, France

^b Service de neurochirurgie, CHU, université d'Angers, 49933 Angers, France

^c Faculté de médecine, université François-Rabelais, 37032 Tours, France

Reçu et accepté le 25 juillet 2007

Disponible sur internet le 24 août 2007

Résumé

La lombosciatique commune est une pathologie fréquente dont l'évolution est spontanément favorable : 95 % des patients guérissent sans intervention chirurgicale, mais dans un délai oscillant entre 1 et 12 mois. Pour raccourcir l'évolution, permettre la reprise d'activités sociales et professionnelles et éviter le passage à la chronicité, plusieurs solutions thérapeutiques ont été évaluées. En tenant compte des preuves scientifiques d'efficacité, on peut prescrire au patient des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des infiltrations épidurales qui améliorent probablement la douleur et la qualité de vie sans modifier radicalement le pronostic à moyen terme. Après une évaluation spécialisée physique, psychologique, sociale et professionnelle, une intervention chirurgicale peut être proposée aux patients qui restent clairement douloureux sur un mode radiculaire (et non lombaire). Le taux de complications est de l'ordre de 1 à 3 %. L'efficacité de la chirurgie est bien démontrée avec, en particulier, un délai de guérison amélioré d'environ 50 % par rapport au traitement médical. La supériorité d'une technique chirurgicale par rapport à une autre n'est en revanche pas établie. L'évaluation des techniques percutanées est actuellement insuffisante pour conclure, dans de bonnes conditions méthodologiques, à leur efficacité. Enfin, le repos au lit, la cortisone par voie générale, les manipulations vertébrales, les corsets, les tractions vertébrales et la kinésithérapie n'ont pas d'influence démontrée sur l'évolution de la sciatique.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Sciatique ; traitement ; chirurgie ; réseau de soins

Keywords : Sciatica; Treatment; Surgery; Care network

La lombosciatique commune est une pathologie fréquente et très douloureuse mais dont l'évolution est spontanément favorable dans l'immense majorité des cas : 80 % des patients guérissent dans un délai de huit semaines et 95 % des patients guérissent sans intervention chirurgicale dans un délai d'un an [1,2]. Le taux d'intervention chirurgicale reste cependant

élevé, en particulier aux États-Unis (240 000 interventions par an) avec des coûts de santé qui dépassent dans ce pays cinq milliards de dollars [3]. De plus le taux d'intervention est très variable d'un pays à l'autre, y compris à l'intérieur même des États-Unis [4]. Enfin, si la chirurgie est réputée efficace avec environ 85 % de succès, ses complications ne sont pas rares, oscillant entre 1 et 3 %. En l'absence d'un traitement efficace, la prolongation pendant des mois d'une douleur sciatique n'est pas sans poser de nombreux problèmes : souffrance personnelle physique et morale, consommation répétée de soins médicaux, arrêt de travail, désinsertion professionnelle. Plusieurs

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : erlegrand@chu-angers.fr (E. Legrand).

[◇] Pour citer cet article, utiliser ce titre en anglais et sa référence dans le numéro 6, 2007 de *Joint Bone Spine*.

études ont montré que la présence d'une sciatique est l'un des éléments qui favorisent le passage à la chronicité de la lombalgie, avec son cortège de coûts financiers et sociaux [5].

Comment trouver le point d'équilibre entre une chirurgie trop précoce et inutile et la prolongation au-delà du raisonnable d'un traitement médical, dont nous verrons que les résultats ne sont pas brillants ? Nous allons tenter de répondre à cette question, maintes fois posée par les médecins et de plus en plus par les patients eux-mêmes.

1. Traitements médicaux inefficaces

La discussion concernant le traitement médical ou radical de la sciatique par conflit discoradiculaire est clairement alimentée par l'inefficacité de la majorité des thérapeutiques proposées au patient. Beaucoup de croyances et de rumeurs circulent autour des traitements de la sciatique y compris dans le corps médical ! Le fait que spontanément environ 80 % des patients guérissent au bout de deux mois donne toujours l'illusion aux thérapeutes que leur prescription est efficace et que leur schéma thérapeutique est adapté.

1.1. L'exemple des biothérapies anti-TNF alpha est tout à fait parlant

Ces médicaments semblaient promis à un bel avenir en raison des résultats très encourageants d'essais ouverts, avec une efficacité observée chez 90 % des patients à un an. Les études *randomisées* montrent en fait que ces thérapeutiques ne sont pas efficaces : l'éta nercept administré par voie discale n'a pas d'effet supérieur au placebo [6] ; le traitement par une perfusion de 5 mg/kg d'infliximab n'apporte aucune amélioration en termes de douleur ou de recours à la chirurgie à trois mois et à un an [7].

1.2. Corticothérapie par voie générale

Elle figure en bonne place dans des ouvrages récents de rhumatologie mais est également inefficace : trois essais randomisés le démontrent clairement, y compris en utilisant des doses importantes supérieures à 100 mg d'équivalent prednisonne par jour. Ainsi, Finckh et al. n'ont observé aucune différence au-delà de j3 entre les patients recevant la dose conséquente de 500 mg de méthylprednisolone par voie intraveineuse ou un placebo au cours d'une étude randomisée portant sur 65 patients [8].

1.3. Myorelaxants

Ils sont largement prescrits mais il n'existe aucune donnée scientifique validant ce choix thérapeutique [9]. Le tétrazépam, produit le plus souvent prescrit, appartient à la famille des benzodiazépines. En raison de sa demi-vie longue, il peut être responsable d'une sédation, voire d'une somnolence susceptible de freiner la reprise des activités.

1.4. Mesures physiques

Le repos n'améliore pas le pronostic et l'évolution de la sciatique : deux essais de bonne qualité [10,11] ne mettent en évidence aucune différence entre le repos systématique et le conseil de rester actif [12]. Les tractions vertébrales ont fait l'objet d'une étude systématique par le groupe Cochrane : leur efficacité n'est pas établie et semble très peu probable, même si les essais hétérogènes et de qualité médiocre ne permettent pas de conclure définitivement [13].

Il n'existe aucune preuve de l'efficacité des corsets rigides en plâtre ou en résine [14], pourtant largement utilisés en France ; le repos au lit n'apportant aucune amélioration, il est logique de penser que cette forme de mise au repos du rachis ne soit pas non plus efficace.

Les manipulations vertébrales ne sont pas indiquées en raison de preuves insuffisantes d'efficacité et en raison des risques neurologiques potentiels.

2. Traitements médicaux partiellement efficaces

2.1. Antalgiques

Ils sont utiles car même s'il n'existe aucune preuve de leur efficacité à long terme, en particulier pour réduire le recours à la chirurgie, leur utilisation augmente considérablement la qualité de vie du patient à court terme. Si une sédation n'est pas obtenue par un antalgique de palier 2 (tramadol ou codéine), la morphine peut être utilisée par voie orale à la dose de 40 à 120 mg/j, pendant quelques jours, associée à 4 g de paracétamol. C'est la résistance à des doses de morphine de 120 mg/j ou l'impossibilité de diminuer progressivement (au bout d'une semaine de traitement) la posologie qui définit le mieux actuellement la sciatique hyperalgique, éventualité bien rare.

2.2. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Ils sont prescrits par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse selon la conviction des prescripteurs... mais les preuves scientifiques sont minces avec une seule étude randomisée positive (sur quatre études publiées) [9]. L'utilisation des voies intramusculaire ou intraveineuse ne nous semble fondée sur aucune donnée scientifique et reste associée à la survenue d'un nombre non négligeable d'infections nosocomiales. Il n'existe aucun argument pour prolonger la thérapeutique AINS au-delà de 15 jours.

2.3. Infiltrations rachidiennes de glucocorticoïdes

Elles ont fait l'objet de multiples essais et analyses. Une synthèse récente [15] fait le point sur les résultats des infiltrations épidurales : elles améliorent la douleur et l'incapacité du patient à court terme (trois à six semaines) mais ne modifient pas le pronostic à long terme en particulier pour la reprise du travail et le recours à la chirurgie [16]. La pratique des infiltrations par voie foraminale donne des résultats contrastés, parfois

négatifs, sans preuve de leur supériorité par rapport à la voie épidurale traditionnelle.

3. Analyse des traitements réalisés avant l'hospitalisation

Une étude personnelle récente, présentée lors de ce congrès, nous a permis d'analyser les prescriptions et soins réalisés pour 100 patients souffrant d'une lombosciatique commune non compliquée, avant leur arrivée dans un service de rhumatologie. Il s'agit de 61 hommes et 39 femmes, âgés en moyenne de 46,7 ans, la pathologie lombaire évolue en moyenne depuis 52 jours. On observe que 88 % seulement des patients ont vu leur médecin de famille et 34 % un rhumatologue avant leur hospitalisation. Plus de la moitié de ces patients n'ont jamais reçu d'antalgiques de palier III et seulement 18 % une ou plusieurs infiltrations rachidiennes de glucocorticoïdes. En revanche, 25 % des patients ont reçu une corticothérapie par voie générale, 28 % ont eu des manipulations vertébrales et 38 % un lombostat. Ces résultats montrent l'absence de cohérence actuelle des programmes thérapeutiques proposés en ambulatoire, le recours parfois inapproprié aux hospitalisations et suggèrent que la création de réseaux de soins serait utile pour ces patients.

4. Hospitalisation du patient

Les difficultés diagnostiques, l'existence de signes neurologiques déficitaires mais beaucoup plus souvent l'intensité de la douleur et la demande du patient peuvent conduire le médecin traitant à proposer une hospitalisation. Cette démarche de soins est traditionnelle en France et semble nettement plus fréquente que dans d'autres pays [17]. Le programme thérapeutique hospitalier a été analysé dans une enquête, réalisée en 1998 par la section Rachis de la SFR, avec l'aide de 106 services de rhumatologie [18]. L'analyse mettait en évidence l'hétérogénéité des schémas thérapeutiques en fonction des services. La durée d'hospitalisation oscillait entre 5 et 20 jours et celle du traitement par AINS variait entre 5 et 30 jours. Le nombre des infiltrations oscillait entre un et quatre et leur espacement variait entre deux et sept jours. Ni la pratique des tractions vertébrales (38 % des centres), ni la prescription éventuelle d'un corset (50 % des services) ou d'une kinésithérapie immédiate ou différée ne faisaient l'objet d'un consensus. Toutefois, la majorité des rhumatologues s'accordaient sur un schéma thérapeutique comportant un repos au lit de moins de 15 jours, un traitement par AINS et antalgiques de niveau I ou II, des infiltrations rachidiennes de glucocorticoïdes et le port d'un corset lombaire lorsque le patient restait douloureux en fin d'hospitalisation [18]. Selon Berthelot et al. [19], le traitement en hospitalisation semblerait efficace : à l'issue du séjour hospitalier, 19 % des patients n'ont plus aucune douleur et 61 % sont nettement améliorés. Les facteurs prédictifs du succès seraient l'absence de repos strict avant l'hospitalisation, un signe de Lasègue peu serré, l'absence de conviction chez le patient que le traitement chirurgical est indispensable.

Ce programme de traitement hospitalier suscite pourtant de nombreuses questions : le repos strict au lit, le port d'un corset,

les tractions vertébrales ne sont pas des thérapeutiques efficaces. La prescription d'antalgiques et la réalisation des infiltrations ne nécessitent pas une hospitalisation. L'hospitalisation constitue un frein à la reprise des activités. En définitive il n'existe aucune preuve que le traitement médical, *réalisé en milieu hospitalier*, améliore le pronostic à moyen ou long terme de la sciatique et réduit le nombre d'interventions chirurgicales.

5. Traitements radicaux

5.1. Traitements percutanés

Les traitements percutanés, endeuillés depuis la disparition de la papaine, tentent de trouver une nouvelle jeunesse en utilisant :

- l'injection intradiscale d'éthanol, qui serait associée à un bon résultat chez 97,6 % des patients... Ce résultat, peu crédible, a été obtenu dans une étude ouverte avec un produit dont on connaît la toxicité nerveuse potentielle [20] ;
- l'injection intradiscale d'un mélange d'oxygène et d'ozone avec 70,3 % de bons résultats dans une série ouverte [21] ;
- le laser intradiscale et le traitement par radiofréquence donneraient également 75 à 80 % de résultats favorables dans plusieurs études ouvertes [22] ;
- la discectomie percutanée automatisée donnait des résultats formidables dans les études ouvertes mais s'est avérée deux fois moins efficace que la chimionucléolyse à la papaine dans une étude randomisée [23].

Ce dernier résultat doit inciter à l'extrême prudence dans l'utilisation des techniques percutanées : en l'absence d'études comparatives versus chirurgie ou traitement médical, il est impossible de se prononcer sur l'efficacité réelle du laser ou des injections intradiscales.

5.2. Chirurgie discale

Elle demeure une valeur sûre en termes de résultats, qui ne semblent pas différents selon que l'équipe réalise une discectomie classique ou une microdiscectomie [24]. Le taux de succès dépasse habituellement 80 % avec un effet thérapeutique net pour la douleur radiculaire. L'amélioration est rapide dès les premiers jours après l'intervention. Les complications intéressent entre 0,5 et 3 % des patients : brèche durale, hématome, spondylodiscite infectieuse, phlébite et embolie pulmonaire.

6. Traitement médical ou traitement radical ?

On dispose actuellement de trois grands essais randomisés (effectif de patients supérieurs à 100) comparant la chirurgie et la prolongation du traitement médical.

6.1. Essai le plus ancien

L'essai le plus ancien publié [25] a concerné 126 patients restant douloureux après un traitement en milieu hospitalier de 14 jours. En incluant dans les mauvais résultats du traitement médical, les 17 patients de ce groupe ayant dû être opérés, les auteurs déclarent 91 % de bons résultats à un an dans le groupe chirurgie contre 61 % seulement pour le traitement médical. La différence disparaît lors des évaluations ultérieures à quatre et dix ans.

6.2. Étude SPORT

Elle a évalué les deux thérapeutiques chez 1244 patients répartis en deux études : d'une part, un essai randomisé et contrôlé, intéressant 501 patients [26] et d'autre part, une étude de cohorte comportant 743 patients suivis de façon prospective, mais libres de choisir leur traitement médical ou chirurgical [27].

6.2.1. Au cours de l'étude randomisée [26]

Au cours de l'étude randomisée, il n'existe pas de différence à l'inclusion pour ces 501 patients (âge moyen : 42 ans, 42 % de femmes) souffrant d'une sciatique ou d'une cruralgie depuis au moins six semaines, répartis entre discectomie traditionnelle ou poursuite du traitement médical comportant au minimum information, exercices physiques et AINS mais dont le reste, curieusement, n'était pas vraiment standardisé. Le taux de perdus de vue est faible et 94 % des patients sont évalués à un an. Les complications de la chirurgie sont survenues chez 5 % des patients, en incluant les transfusions (2 %), les brèches dures (4 %), les infections (2 %). Le taux de réintervention pour récurrence de hernie discale est de 2 % au cours de la première année de suivi. Malheureusement, les patients ne vont pas suivre le schéma de l'étude : au cours des trois premiers mois, 30 % des patients du groupe traitement médical ont été opérés et 50 % des patients du groupe chirurgie n'ont pas subi d'intervention, en raison d'une amélioration rapide. Les auteurs observent que les patients qui se font opérer, en dépit de la randomisation initiale, ont significativement des revenus plus faibles, sont plus symptomatiques en termes de douleur et de handicap et expriment, dès l'inclusion, le sentiment que leur pathologie va en s'aggravant. Aucune conclusion définitive ne peut être tirée de cette étude qui suggère seulement que le traitement chirurgical est efficace sur la douleur sciatique, sans modifier vraiment le pronostic du patient.

6.2.2. Étude de cohorte [27]

Elle a intéressé 743 patients qui ont « choisi » leur traitement : chirurgie ($n = 521$) ou traitement médical ($n = 222$). Les limites de cette étude non contrôlée sont évidentes et clairement expliquées par les auteurs. On observe toutefois que les patients qui ont choisi la chirurgie ont des revenus moins élevés, un indice de masse corporelle plus grand, sont plus souvent en arrêt de travail, reçoivent plus souvent une compensation sociale et souffrent plus de comorbidités, en particulier articulaire. En dépit de ces facteurs de mauvais pronostic, les

patients opérés ont une évolution plus favorable à trois mois et à un an sur tous les critères choisis, y compris la reprise du travail.

6.3. Troisième étude randomisée

Une troisième étude randomisée vient d'être publiée en mai 2007 par Peul et al. [28] qui ont comparé l'évolution à un an de 283 patients souffrant d'une sciatique évoluant depuis 6 à 12 semaines répartis par randomisation en deux groupes : chirurgie rapide (dans les deux semaines suivant la randomisation, $n = 141$) ou poursuite d'un traitement médical minimal par leur médecin de famille (information rassurante et antalgiques, $n = 142$). Dans le groupe chirurgie, 16 guérissent avant l'intervention. Dans le groupe traitement médical, 55 sont finalement opérés au cours de l'année de suivi en raison de la douleur, après un délai médian de 14,6 semaines. À l'issue d'un an de suivi, il n'y a pas de différence entre les groupes avec un taux de guérison identique de l'ordre de 95 %. Toutefois la guérison est plus rapide dans le groupe chirurgie avec un délai médian de guérison de quatre semaines contre 12 semaines dans le groupe de traitement médical. Enfin, l'efficacité plus rapide de la chirurgie n'est affectée par aucune des caractéristiques initiales et en particulier l'âge, la nature de la profession, le sexe, la sévérité du signe de Lasègue, le niveau initial de la douleur, le caractère exclu ou non de la hernie discale (HD), le niveau de la hernie discale, la préférence ou non du patient pour la chirurgie.

Ces trois études plaident en faveur de la chirurgie pour obtenir un résultat antalgique et fonctionnel plus rapide mais elles ont cependant en commun des limites méthodologiques :

- il n'a pas été fait de fausse intervention (ouverture cutanée sans discectomie), seule à même d'éliminer l'effet placebo de la chirurgie, bien connu dans d'autres domaines ;
- l'évaluation n'a pas jamais été réalisée en double insu ;
- l'hétérogénéité du traitement médical utilisé ;
- le traitement médical ne comporte pas de façon systématique des opioïdes et des infiltrations.

7. Propositions pour une conduite à tenir

7.1. Quelle évaluation diagnostique initiale ?

L'étape diagnostique, souvent négligée et raccourcie, est indispensable pour prendre des décisions thérapeutiques au cours de la sciatique commune. Affirmer l'existence d'une sciatique est plus difficile que ne le pensent beaucoup de médecins. Certes le diagnostic est simple quand le tableau clinique est complet : douleur monoradiculaire de trajet L5 ou S1, impulsive à la toux, irradiant vers le pied et associé à un syndrome rachidien caricatural avec une raideur en antéflexion, une cassure et une contracture unilatérale. Mais les erreurs diagnostiques, fréquentes en raison des formes cliniques du conflit discoradiculaire, conduisent souvent à des erreurs thérapeutiques :

- trop souvent le diagnostic de sciatique est porté par excès devant une lombalgie avec une douleur irradiée vers la fesse et la cuisse sans trajet complet, sans signes neurologiques mais avec un faux signe de Lasègue (l'élévation du membre inférieur réveille une douleur... lombaire) qui égare le médecin. La poursuite d'un traitement médicamenteux ou la chirurgie sont deux mauvaises solutions pour ces patients en réalité *lombalgiques*, qu'il faut avant tout rééduquer et remettre en activité ;
- les sciatiques *persistant* en raison d'un fréquent conflit psychologique, familial, professionnel ou plus simplement de la découverte anxiogène d'une hernie discale sont souvent confiées au chirurgien, en raison de la confiance excessive accordée à l'imagerie. Pourtant la disparition du syndrome rachidien, l'absence de signes neurologiques, la discordance entre le niveau affiché de douleur et la pauvreté de l'examen clinique, la résistance apparente à tous les médicaments y compris la morphine sont autant de signes qui doivent alerter le médecin et l'inciter à évoquer tranquillement avec son patient tous les conflits en cours, toutes ses croyances vis-à-vis de la pathologie et en particulier son évolution ;
- en revanche certaines *sciatiques compliquées* sont reconnues avec retard pour plusieurs raisons :
 - le déficit moteur n'est pas systématiquement recherché, en particulier par l'épreuve de la marche sur les pointes ou les talons. Le patient ne signale pas les troubles sphinctériens... parfois en raison d'un interrogatoire médical trop rapide ;
 - les complications neurologiques surviennent avec quelques jours de « retard » vers j4 ou j5, chez un patient moins douloureux en raison de l'ischémie radiculaire ;
- au total, même si l'imagerie a mis en évidence une hernie discale concordante, il est indispensable, avant de définir le programme thérapeutique d'une sciatique traînante, de disposer des informations cliniques essentielles :
 - le contexte familial et professionnel ;
 - le passé médical et en particulier les antécédents de dépression et de tentative de suicide ;
 - les antécédents chirurgicaux en particulier concernant le rachis ;
 - les signes rachidiens objectifs : contracture, raideur, cassure, vrai signe de Lasègue homo- et/ou controlatéral ;
 - les signes neurologiques moteurs, sensitifs, réflexes et sphinctériens, subjectifs et objectifs ;
 - les idées et croyances du patient vis-à-vis de la sciatique et de la hernie discale.

7.2. Quel traitement médical initial ?

L'analyse de la littérature montre que les traitements efficaces, au moins partiellement, sont les antalgiques et en particulier la morphine et ses dérivés, les AINS mais pour une durée courte inférieure à 15 jours et la réalisation de deux ou trois infiltrations épidurales de corticoïdes. Le médecin de famille doit donc accepter l'idée qu'un patient souffrant d'une sciatique sera rapidement traité par de la morphine, si les antalgi-

ques de palier II ne contrôlent pas parfaitement la douleur, et adressé au rhumatologue si l'évolution n'est pas favorable dans un délai de dix jours pour réaliser les infiltrations épidurales qui demandent une expertise technique particulière.

Il faut dire au patient que le repos au lit n'est pas indispensable et ne modifie pas l'évolution, que la cortisone par voie générale est inutile, que les manipulations vertébrales sont potentiellement dangereuses, que les corsets sont inefficaces, que les tractions n'ont pas d'intérêt démontré, que les séances de kinésithérapie n'ont pas d'influence démontrée sur la douleur sciatique. Ces thérapeutiques *inefficaces* sont une source de perte de temps et d'argent pour la collectivité, décrédibilisent l'action de notre profession et renforcent la conviction du patient que la chirurgie est inévitable.

7.3. Quels patients hospitaliser en milieu médical ?

Il paraît raisonnable d'hospitaliser directement, dans un service spécialisé et non dans un service d'urgence, les sciatiques compliquées : troubles sphinctériens faisant craindre un syndrome de la queue-de-cheval, déficit moteur systématisé datant de moins de sept jours, même si la preuve de l'efficacité de la chirurgie n'a pas encore été apportée [29], radiculalgie associée à un syndrome infectieux, forte suspicion de pathologie tumorale évolutive : profonde altération de l'état général, signes neurologiques s'étendant à d'autres territoires, antécédent récent de cancer.

En revanche, il n'existe pas d'arguments scientifiques pour dire que l'hospitalisation d'un patient souffrant d'une lombosciatique non compliquée est utile car la preuve de son efficacité, par rapport à un traitement ambulatoire identique, n'a jamais été apportée dans une étude contrôlée.

7.4. Quels patients faut-il opérer ?

Il existe un consensus professionnel pour proposer une intervention chirurgicale, en extrême urgence, devant un syndrome de la queue-de-cheval car le taux de récupération est plus élevé si la chirurgie est précoce.

On s'accorde également pour dire qu'une sciatique avec un déficit moteur franc et récent, datant de moins de 48 heures, doit bénéficier d'une chirurgie rapide... même si les preuves manquent dans ce domaine de la pathologie [29].

Pour les sciatiques non compliquées, il n'existe pas, à titre individuel, de facteur pronostique clair et formellement identifié. Ni les données cliniques initiales, ni les caractéristiques de l'image discale ne permettent de prévoir l'évolution qui semble toutefois plus défavorable si le patient est évalué avec du retard et si la durée d'arrêt de travail a été longue (avant l'évaluation en vue d'une chirurgie). Un traitement médical, associant sur une période de quatre semaines des AINS et de la morphine et trois infiltrations de corticoïdes, qui n'a pas fait disparaître la douleur radiculaire, doit être considéré comme un échec thérapeutique. Il faut alors proposer une imagerie du rachis et la possibilité d'un traitement chirurgical, dont les résultats sont, pour le moment, toujours plus fiables que les thérapeutiques percutanées, très en retard en termes d'évaluation moderne.

Il nous semble honnête dans cette situation *de laisser le patient décider de la meilleure option thérapeutique...* après lui avoir expliqué que la chirurgie discale ne modifie pas le pronostic à long terme mais accélère la guérison, au prix de complications rares, presque toujours réversibles, intéressant environ 1 à 3 % des patients opérés.

8. Conclusion : promouvoir un réseau de soins

Il faut favoriser la prise en charge du patient souffrant d'une sciatique dans un vrai réseau de soins ambulatoire, comportant :

- des médecins généralistes formés pour : repérer rapidement toutes les sciatiques compliquées, utiliser les AINS mais surtout les antalgiques dont la dose devra être adaptée régulièrement au domicile du patient, toujours rassurer les patients angoissés par un examen clinique minutieux démontrant l'absence de complication, un discours clair sur les étapes de la prise en charge et une explication rassurante des résultats de l'imagerie ;
- des rhumatologues compétents pour : réaliser, en ambulatoire, deux à trois infiltrations rachidiennes de corticoïdes, repérer un conflit familial ou professionnel ou psychologique et favoriser le contact du patient avec un « médiateur » (médecin traitant, psychologue, psychiatre, assistante sociale), repérer les évolutions défavorables justifiant un avis chirurgical et informer le patient des avantages et des inconvénients d'un geste radical ;
- des chirurgiens entraînés pour : ne pas opérer les patients essentiellement lombalgiques et ceux dont la prolongation des douleurs s'explique par des conflits psychosociaux ou professionnels, informer des résultats réels et des complications potentielles de la chirurgie lombaire, pratiquer une chirurgie raisonnable, consensuelle et validée par les sociétés savantes.

Références

- [1] Cofer. Les lomboradiculalgies des membres inférieurs. In: Rhumatologie. Masson ed; 2000. p. 589–602.
- [2] Revel M, Loty B, Vallée C. Le traitement des lomboradiculalgies. Ed. Techniques. Encycl. Med. Chir. Paris France, appareil Locomoteur 15–840-F-10,1994, 10 p.
- [3] Deyo RA. Back surgery: who needs it? N Engl J Med 2007;356:2239–43.
- [4] Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. N Engl J Med 2001;344:363–70.
- [5] Valat JP, Goupille P, Vedere V. Lombalgies : facteurs de risque exposant à la chronicité. Rev Rhum 1997;64:203–8.
- [6] Cohen SP, Wenzell D, Hurley RW, Kurihara CR, Buckenmaier CC, Griffith S, et al. A double-blind placebo-controlled dose-response pilot study evaluating intradiscal etanercept in patients with lumbosacral radiculopathy. Anesthesiology 2007;107:99–105.
- [7] Korhonen T, Karppinen J, Paimela L, Malmivaara A, Lindgren KA, Bowman C, et al. The treatment of disc-herniation-induced sciatica with infliximab: one-year follow-up results of First II, a randomized controlled trial. Spine 2006;31:2759–66.
- [8] Finckh A, Zufferey P, Schurch MA, Balagué F, Waldburger M, So AK. Short term efficacy of intravenous pulse glucocorticoids in acute discogenic sciatica. A randomized controlled trial. Spine 2006;31:377–81.
- [9] Luijsterburg PA, Verhagen AP, Ostelo RW, Van Os TA, Peul WC, Koes BW. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review. Eur Spine J 2007;16:881–99.
- [10] Hofstee DJ, Gutenbeck JM, Hoogland PH, Van Houwelingen HC, Kloet A, Lötters F, et al. Westeinde sciatica trial: randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica. J Neurosurg 2002;96(1 Suppl):45–9.
- [11] Vroomen P, De Krom M, Wilmink JT, Kester A, Knottnerus J. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. N Engl J Med 1999;340:418–23.
- [12] Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. Spine 2003;27:1736–41.
- [13] Clarke JA, Van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Van der Heijden GJ, Bronfort G, et al. Traction for low back pain with or without sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2007;2 CD OO3010.
- [14] Jellema P, van Tulder MW, van Poppel MN, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane back review group. Spine 2001;26:377–86.
- [15] Valat JP. Epidural corticosteroids injections for sciatica: placebo effect, injection effect or anti-inflammatory effect? Nat Clin Practice Rheumatol 2006;2:518–9.
- [16] Valat JP, Giraudeau B, Rozenberg S, Goupille P, Bourgeois P, Micheau-Beaugendre V, et al. Epidural corticosteroid injections for sciatica: a randomized, double blind controlled clinical trial. Ann Rheum Dis 2003;7: 639–43.
- [17] Berthelot JM, Glemarec J, Laborie Y, Varin S, Maugars Y. Motifs d'hospitalisation en service de rhumatologie de 125 patients souffrant de sciatique discale. Rev Rhum 1999;66:305–8.
- [18] Legrand E, Rozenberg S, Pascaretti C, Blotman F, Audran M, Valat JP. Le traitement de la lombosciatique commune en milieu hospitalier : résultats d'une enquête d'opinion auprès des rhumatologues français. Rev Rhum 1998;65:530–6.
- [19] Berthelot JM, Rodet D, Guillot P, Laborie Y, Maugars Y, Prost A. Peut-on prédire le résultat à court terme d'une hospitalisation pour sciatique discale ? Rev Rhum 1999;66:233–40.
- [20] Riquelme C, Musacchio M, Mont'Alverne F, Tournade A. Chemonucleolysis of lumbar disc herniation with ethanol. J Neuroradiol 2001;28: 219–29.
- [21] Andreula C, Simonetti L, De Santis F, Ricci R, Leonardi M. Minimally invasive oxygen-ozone therapy for lumbar disc herniation. J Neuroradiol 2003;24:996–1000.
- [22] Gronemeyer DH, Buschkamp H, Braun M, Schirp S, Weinsheimer PA, Gevargéz A, et al. Image-guided percutaneous laser disk decompression for herniated lumbar disks: a 4-year follow-up in 200 patients. J Clin Laser Med Surg 2003;21:131–8.
- [23] Revel M, Payan C, Vallée C, Laredo JD, Lassale B, Roux C, et al. Automated percutaneous lumbar discectomy versus chemonucleolysis in the treatment of sciatica: a randomized multicenter trial. Spine 1993;18:1–7.
- [24] Gibson JN, Waddell G. Surgical interventions for lumbar disc prolapse. Cochrane Database Syst Rev 2007;2 CDOO1350.
- [25] Weber H. Lumbar disc herniation: a controlled prospective study with 10 years of observation. Spine 1983;8:131–40.
- [26] Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, Tosteson ANA, Hanscom B, Skinner J, et al. Surgical versus non operative treatment for lumbar disk herniation. The spine patient outcomes research trial (Sport): a randomized trial. JAMA 2006;296:2441–50.
- [27] Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, Skinner JS, Hanscom B, Tosteson ANA, et al. Surgical versus non operative treatment for lumbar disk herniation. The spine patient outcomes research trial (Sport): observational cohort. JAMA 2006;296:2451–9.
- [28] Peul WC, Van Houwelingen HC, Van den Hout WB, Brand R, Eekhof JA, Tans JT, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. N Engl J Med 2007;356:2245–56.
- [29] Dubourg G, Rozenberg S, Fautrel B, Valls-Bellec I, Bissery A, Lang T, et al. A pilot study on the recovery from paresis after lumbar disc herniation. Spine 2002;27:1426–31.