

Nouvelles des Congrès

par le Dr Jacques Vanderstraeten • Médecin généraliste • 1200 Bruxelles

Lombosciatalgies

Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur, Bruxelles, 9 octobre 2004

LOMBOSCIATALGIES AIGÜES

Identifier la cause

Une lombosciatalgie est aiguë si elle est présente depuis moins de 6 à 12 semaines. On parle de sciatalgie s'il s'agit d'une véritable radiculalgie, la douleur irradiant bien jusque sous le genou (jambe et au-delà). Il faut donc d'emblée différencier les fausses sciatalgies, avec irradiation douloureuse dans la cuisse mais pas au-delà du genou, comme on les retrouve dans les cas suivants: souffrance d'une articulation interapophysaire ou sacro-iliaque (face postérieure de la cuisse), trochantérite (face latérale), meralgie parasthésique (face antéro-latérale).

Parmi les causes les plus courantes de lombosciatalgie, citons la **hernie discale**, surtout observée entre 30 et 50 ans et responsable d'une sciatalgie aiguë et souvent complète (jusqu'au pied) selon les territoires de L4 à S1. La douleur augmente en flexion et à la station assise. La toux et le Valsalva accroissent cette douleur. Le Lasègue éveille la sciatalgie entre 20 et 70° de flexion de la hanche. Pour rappel: le réflexe achilléen (S1) est au mieux testé en position assise à genou; les releveurs du pied et des orteils dépendent de L5, et les fléchisseurs de ceux-ci dépendent de S1. Il ne faut pas ignorer que **30 % des images de hernie discale au scanner ou la RMN sont en réalité des faux positifs** (hernie asymptomatique).

Le **canal lombaire étroit** est responsable d'une symptomatologie plus progressive, et éventuellement moins bien systématisée. Il se voit davantage chez le sujet plus âgé. La douleur s'accroît en extension et en position debout. Le canal lombaire étroit est plus souvent acquis que constitutionnel: arthrose des interapophysaires, épaissement du ligament jaune, hernie discale vieillie. Au scanner, il est assez fréquent d'observer un canal étroit chez un sujet de plus de 60 ans, sans radiculalgies.

D'après les exposés des Dr S. HATEM, Rhumatologie Médecine Physique, et P. VOORDECKER, Neurologie, Hôpital Erasme.

Bilan et prise en charge

Le **bilan diagnostic** ne sera d'emblée nécessaire (imagerie et éventuellement biologie) que si l'on suspecte un tassement (ostéoporose) ou une pathologie sous-jacente (spondylarthrite, spondylodiscite, affection intra-abdominale: aortique, gynécologique, ...) sur base notamment d'un ou plusieurs des éléments cliniques suivants:

- fièvre, amaigrissement,
- recrudescence algique nocturne,
- raideur matinale.

La radiographie sera également d'emblée nécessaire pour un enfant ou un adolescent chez qui les causes sont différentes (spondylolisthésis, pathologie tumorale, ...).

Le **scanner** ou la **RMN** (choix selon disponibilité respective) n'aura d'utilité que pour la confirmation de l'indication chirurgicale: échec du traitement médical (persistance des douleurs à 6 semaines), hyperalgie, déficit neurologique (en particulier moteur), voire syndrome de la queue de cheval (incontinence, anesthésie en selle) qui constitue d'ailleurs une urgence. Le scanner est le plus souvent suffisant, la RMN présentant le petit avantage de mieux visualiser les trous de conjugaison.

L'électromyographie ne sera au plus tôt contributive qu'à partir du 15^e jour. Elle permettra notamment de différencier une atteinte "radiculaire" avec une atteinte en réalité tronculaire du nerf sciatique poplitée externe (compression au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure notamment), qui donne les mêmes symptômes déficitaires distaux (jambe, pied) qu'une sciatalgie L5 et/ou S1.

La **prise en charge "EBM"** d'une lombosciatalgie aiguë par hernie discale comporte le recours aux moyens suivants: médicaments per os (AINS, myorelaxants, antalgiques), repos (données cochrane pour les lombalgies pures: maximum 2 jours), kinésithérapie, tractions lombaires (5 à 6, sauf contre-indications:

antécédents de chirurgie, spondylolisthésis, atteinte neurologique), correction des facteurs favorisants, péridurale(s), chirurgie (voir indications respectives ci-après). En définitive, le **pronostic** d'une lombalgie aiguë (non compris les cas avec déficit sciatique) est une résolution spontanée dans 69% des cas à un mois (méta analyse publiée dans le *British Med J* en 2003).

D'après les exposés des Dr S. HATEM, Rhumatologie Médecine Physique, et P. VOORDECKER, Neurologie, Hôpital Erasme.

Kinésithérapie – ostéopathie

Le **bilan** préalable à toute prise en charge kiné ou ostéopathique comporte la recherche des restrictions de mobilité et des tensions musculaires (muscles pyramidaux et carré des lombes notamment). La **prise en charge** aiguë peut être manipulative à partir du moment où on a exclu les contre-indications suivantes: spondylolyse, spondylolisthésis, ostéoporose, arthrose majeure, conflit discoradiculaire, douleur présente dans toutes les directions de mobilisation. Une méta analyse extensive publiée dans The Spine Journal (2004) rapporte l'impact suivant pour les manœuvres mobilisatrices et manipulatrices: diminution de la douleur à court terme, léger raccourcissement du délai de récupération. Les complications sont les suivantes: aggravation transitoire de la douleur (50% des cas), aggravation réversible du déficit neurologique (rare), syndrome irréversible de la queue de cheval (1 cas sur 10 000 000 de manipulation...).

D'après les exposés de M. E. BRASSINNE, kinésithérapeute, et B. POORTMANS, kiné ostéopathe, Hôpital Erasme.

Péridurales

La seule indication de l'infiltration péridurale est la radiculalgie ou sciatalgie aiguë ou subaiguë sévère, qu'elle soit d'origine mécanique ou inflammatoire. L'action anti-inflammatoire du corticoïde

utilisé se marque tant sur les tissus mous péri-discaux que sur la racine nerveuse elle-même. L'effet ne se ressent qu'après 48 heures (après éventuelle aggravation transitoire de la douleur) et, dans 30 % des cas, déjà après la première infiltration. Par contre cet effet n'est pas nécessairement durable.

Selon les données de la Cochrane Library (2000), l'infiltration péri-durale n'a cependant pas d'autre effet que celui de diminuer l'intensité de la douleur. On ne connaît pas avec certitude son impact sur le pronostic ni sur l'éviction éventuelle d'une intervention chirurgicale. En pratique, la péri-durale est utile pour passer un cap difficile dans le cas de la sciatalgie non accompagnée d'un déficit neurologique important, notamment moteur. Il faut enfin rappeler que cette technique est très opérateur dépendant, et que l'état de la coagulation sanguine doit être connu au préalable.

D'après l'exposé du Dr T. TUNA, Anesthésiologie, Hôpital Erasme.

Hernie discale : quand opérer ?

Les indications chirurgicales de hernie discale sont actuellement minoritaires. Ce n'est qu'en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit (3 à 6 semaines) qu'on l'envisage, soit qu'il y ait hyperalgie persistante, soit qu'il y ait déficit moteur ou sphinctérien. C'est donc la clinique qui fournit l'indication. On ne doit jamais opérer sur la seule base d'une image de hernie, même si celle-ci est impressionnante.

L'intervention consiste en un simple curetage décompressif, le disque restant est laissé en place. Une hémilaminectomie sera également nécessaire en cas de hernie migrante vers le haut ou vers le bas. La reprise du travail aura lieu 6 semaines après l'intervention (6 mois pour la reprise sportive).

D'après l'exposé des Dr B. PIROTTE et J. BROTCHE, Neurochirurgie, Hôpital Erasme.

LOMBOSCIATALGIES CHRONIQUES

Causes, bilan et prise en charge

Environ 30 % des lombosciatalgies aiguës évoluent vers la chronicité. En dehors des lombalgies symptomatiques (traumatismes, pathologie rhumatismale, tumorale ou infectieuse) les **causes les plus fréquentes** des lombosciatalgies chroniques sont : pathologie discale (40 %) et souffrance des articulations interapophysaires ou des

sacro-iliaques (15 % respectivement). Les pathologies discales et interapophysaires (arthrose, kyste arthrosynovial) peuvent de plus participer à la création d'un canal étroit. 20 % des personnes âgées de 60 ans et plus, sont porteuses d'un canal lombaire étroit sans conséquences.

Parmi les **opérés du dos** (pour hernie discale notamment et surtout), 15 à 30 % conservent ou développent à nouveau des lombosciatalgies par la suite ("failed back surgery"). La cause peut en être une récurrence de hernie, une compression radiculaire (due à une interapophysaire notamment) ou une complication post-opératoire (fibrose ou arachnoïdite). Il peut aussi s'agir de douleurs de désafférentiation avec prédominance consécutive des influx nociceptifs.

Quelques rappels concernant les **examens paracliniques** : il faut rappeler l'absence de parallélisme radio-clinique, en particulier dans le cas des interapophysaires où l'on pratique parfois une infiltration de xylocaïne sous guidance radiologique pour confirmer le diagnostic. Enfin, l'examen l'électromyographie trouve souvent des anomalies sans rapport avec l'affection actuelle.

La **prise en charge** des lombosciatalgies chroniques fait appel à :

- Médicaments per os : AINS et antalgiques, palier par palier ; Rivotril® (0,5 à 2 mg/j, Redomex® (10 à 70 mg/j) ou antalgiques du palier II si une composante neuropathique prédomine.
- Revalidation, kinésithérapie, ergothérapie selon nécessité ; TENS (électrostimulation transcutanée) si composante neuropathique présente.
- Infiltration pour les interapophysaires (7 à 70 % d'efficacité selon les études).
- Recours éventuel aux techniques nouvelles (voir ci-après).
- Chirurgie dans certains cas (spondylo-listhésis évolutif, canal étroit, ...)

D'après l'exposé du Dr N. MATHIEU, Médecine Physique, Hôpital Erasme.

Les techniques nouvelles

La **thermo-coagulation** par radio-fréquence est une technique facile et mini-invasive qui s'adresse essentiellement aux douleurs originaires de l'interapophysaires (coagulation de la branche médiale). Elle procure une diminution de 50 % des douleurs à la 6^e semaine, mais peu d'études encore s'y sont intéressées.

La **neurostimulation cordonale** est une technique neurochirurgicale qui s'adresse aux douleurs à composante principalement neuropathique, résistantes au traitement médicamenteux et/ou au TENS. Il s'agit du placement d'électrodes dans la

zone péri-durale postérieure, dont la stimulation (effet inhibiteur) se fait par un boîtier implanté. Cette technique s'adresse en particulier aux lombosciatalgies persistantes malgré intervention chirurgicale, pour autant qu'aucun facteur étiologique n'ait pu être visualisé à l'imagerie (voir ci avant les causes de "failed back surgery"). Dans ces cas-là, en effet, l'examen neurologique doit rechercher l'association paradoxale hypoesthésie-hyperpathie (et/ou perturbation de la thermo-algésie) typique des douleurs de désafférentiation. La **prothèse discale** est constituée de deux plateaux métalliques articulés. Le recours au placement de celle-ci ne s'indique que dans les quelques cas de lombosciatalgies chroniques d'origine purement discale, soit une minorité d'entre elles : instabilité discale, hernie réductible bombant de façon non permanente avec irritation consécutive des filets nerveux voisins. Il s'agit en général d'un sujet jeune pour qui la position assise est douloureuse et qui se dit soulagé, par exemple, lorsqu'il se relève à l'aide d'un appui sur les bras.

Le bilan vise à exclure toute situation où le bénéfice de cette technique est illusoire : discopathie à plus de 2 niveaux, interapophysaires en cause (scintigraphie), canal étroit acquis, instabilité du rachis. La RMN mettra en évidence un disque noirci (dégénéré) avec œdème intra-osseux voisin. In fine, c'est la discographie qui sert d'arbitre : l'indication n'est bien posée que si cet examen éveille la douleur en cause.

Le service de neurochirurgie de l'hôpital Erasme a l'expérience actuelle de 37 cas opérés (depuis 1 an et demi environ). Le gain est de 50 % en terme de diminution de la douleur. La récupération de la mobilité a lieu après 6 semaines, et certains sujets reprennent même une activité sportive.

D'après les exposés des Dr N. MATHIEU, Médecine Physique, B. PIROTTE et O. DE WITTE, Neurochirurgie, hôpital Erasme.

L'école du dos

L'approche proposée dans le cadre des écoles du dos est de type intégré et multidisciplinaire. Le bénéfice recherché est global, dépassant ainsi la simple lombalgie et s'adressant aux effets secondaires de celle-ci : sédentarisation, perte de force et d'endurance musculaire, voire dépression éventuelle.

Après évaluation de la mobilité et de la force musculaire sur appareil isocinétique, un programme d'entraînement physique est proposé, en parallèle au suivi multidisciplinaire (y compris psychologique). Les effets bénéfiques se marquent après quelques semaines. Un calendrier idéal comporte 2 à 3 séances d'1 heure par semaine durant 8 semaines.

D'après l'exposé du Dr B. GILLARD et de M. TITS et S. FORMENT, kinésithérapeutes, Médecine Physique, hôpital Erasme.