

Nouvelles des Congrès

par le Dr Jacques Vanderstraeten • Médecin généraliste • 1200 Bruxelles

De la discopathie à la lombosciatique

ULB, Bruxelles, 11 mars 2006

Clinique de la discopathie

Les **processus en cause** sont dominés soit par la dégénérescence discale (fissurations de l'annulus, migration du nucleus, déshydratation et dégénérescence graisseuse des muscles paravertébraux), soit par le phénomène de hernie discale (HD). Cette dernière constitue la protrusion discale avec migration du nucleus, variable en importance (compression simple du LCVP, migration sous le LCVP ou HD sous-ligamentaire, rupture du LCVP ou HD trans-ligamentaire). La **souffrance discale non protrusive** (sans hernie) est caractérisée comme suit.

- **Le type de douleurs**: lombalgies médianes basses, en ceinture, augmentant en flexion (ex: passer l'aspirateur, enfiler ses chaussettes), lors du port de charges, parfois en extension. La position assise prolongée est inconfortable. La marche, voire même le jogging, soulagent.
- **Le mode d'apparition des douleurs**: progressif ou brutal, mais souvent 24 à 48 heures après l'événement causal (port de charges, ...). Régulièrement, on retrouve des antécédents de douleurs identiques.
- **L'examen clinique**: parfois baïonnette ou cyphose antalgique, flexion limitée et douloureuse, parfois seulement en fin de course, parfois arc douloureux. La palpation est souvent décevante et le bilan neurologique est négatif.

La **souffrance discale protrusive** (avec hernie discale) se caractérise comme suit:

- **Le type de douleurs et leur mode d'apparition**: semblables à celles de la discopathie non protrusive, mais accompagnées d'un syndrome dure-mérien (douleur à la toux, au mouchage, à la défécation) et d'un syndrome radiculaire, en général unilatéral (sciatalgie tronquée ou totale, dysesthésies, voire troubles moteurs). Dans l'éventualité où le disque est expulsé dans le canal médullaire, on assiste alors à une nette diminution des lombalgies associée à une accentuation des sciatalgies.
- **L'examen clinique**: semblable aussi à celui de la discopathie non protrusive, mais associé aux signes dure-mériens (douleur évoquée à la flexion de la nuque,

signe du Lasègue qui pourra être croisé si la hernie est volumineuse) et radiculaires (réflexe ostéo-tendineux amoindri, déficit sensitif, voire moteur, point douloureux gachette au niveau de la fesse ou signe de la "sonnette").

Chez **l'enfant et l'adolescent**, la hernie discale existe aussi mais elle sera plus souvent intra-spongieuse (migration du nucleus vers le corps sus- ou sous-jacent, ou hernie de Schmorl). Dans le cas où une compression du LCVP existe, aiguë ou chronique, on doit être attentif au risque de décollement du listel marginal postérieur (visible sur la radiographie de profil). Ce coin postéro-inférieur ou supérieur peut alors faire protrusion dans le canal médullaire, voire même, y rester définitivement isolé du corps vertébral, réalisant un canal lombaire étroit acquis.

Dr J.-M. ANNAERT, Service de Médecine du Sport, ULB.

Toute lombalgie n'est pas hernie

Afin d'orienter au mieux, d'abord le bilan d'imagerie, ensuite le traitement, il convient de différencier les lombalgies revenant d'une part à la colonne antérieure (disque et corps vertébral) et d'autre part à la colonne postérieure (articulations inter-apophysaires, isthmes et processus épineux).

Les douleurs d'origine **inter-apophysaire** sont latéralisées, augmentent en extension et à la station debout prolongée, diminuent en flexion et en position assise. Elles sont associées à un phénomène de dérouillage matinal. L'examen clinique révèle une douleur localisée en para-vertébral, qui s'accroît en extension et rotation. Le Lasègue est négatif mais la retenue de la jambe à la descente peut susciter la douleur.

Les douleurs d'origine **inter-épineuse** sont médianes strictes, s'accroissent en extension et en décubitus dorsal, et sont plus fréquentes chez certains sportifs (sports de lancer, course à pied). Une infiltration de xylocaïne dans l'espace inter-épineux supprime les douleurs (confirmation diagnostique).

Chez **l'enfant et l'adolescent**, une clinique de type inter-apophysaire doit faire recher-

cher la spondylolyse (fracture de fatigue de l'isthme), tandis qu'une douleur située sur une crête iliaque postérieure doit faire rechercher une ostéochondrose de cette crête (excès de traction musculaire chez le jeune tennisman par exemple). Dans les deux cas, la radiographie standard suffit en général. Chez la **personne âgée**, une clinique de "discopathie" doit faire évoquer la possibilité d'un tassement vertébral ou d'une disco-calcinose, notamment. Une souffrance de l'arc postérieur, par contre, peut être due à une arthrose inter-apophysaire ou une anomalie transitionnelle devenant symptomatique.

Enfin, les classiques **pièges** à déjouer sont toutes pathologies rhumatismales (spondylarthrite), infectieuses (discite), tumorales et viscérales (anévrisme aortique...).

Dr J.-M. ANNAERT, Service de Médecine du Sport, ULB.

L'imagerie du disque

À part exclure les pièges évoqués ci-avant, **l'imagerie ne sert qu'à confirmer un diagnostic**, celui-ci étant établi avec moins de 3 % d'erreur par une bonne anamnèse et un bon examen clinique. En effet, nombreuses sont les anomalies visualisées par l'imagerie, qui peuvent n'avoir aucune conséquence clinique: que ce soit à la radiographie (anomalie transitionnelle, arthrose inter-apophysaire, spondylolyse...) ou à l'IRM ou au scanner (protrusion, voire hernie discale). Ainsi, sur des IRM lombaire pratiquées chez des sujets asymptomatiques, on a par exemple trouvé 24 % de hernies et 27 % de protrusions discales.

La **radiographie standard** (RX) permet la visualisation d'éventuels troubles de la statique ainsi que les signes de la discopathie évoluée (amaïcissement et/ou phénomène de vide discal avec densité locale gazeuse, sclérose et/ou ostéophytose des plateaux vertébraux). La RX dynamique peut constituer une aide au diagnostic d'instabilité discale: > 17° d'amplitude entre flexion et extension, > 3 mm de listhésis. La RX offre également une excellente analyse de la colonne postérieure (articulation inter-apophysaire et isthme, en particulier).

Au **scanner** et à l'**IRM**, on négligera les "bombements" (étalement global du disque) et c'est en fonction de la clinique que l'on interprétera les "protrusions" ou hernie discale sous-ligamentaires par rapport au LCV (angles de raccord obtus avec le pourtour discal normal: de localisation médiane, ces images sont fréquentes en L4-L5 et L5-S1). Par contre, il faudra être attentif à l'existence éventuelle d'une hernie trans-ligamentaire ou "extrusion" (angles de raccord aigus avec le pourtour discal), d'une hernie exclue dans le canal (séparée du pourtour discal), d'une compression radiculaire ou encore d'un canal lombaire étroit. Il est enfin à noter qu'avec le temps, certaines hernies discales trans-ligamentaires ou exclues peuvent disparaître par véritable résorption du matériel discal.

Dr A. VANDERHOFSTADT, Service de radiologie, Hôpitaux Iris Sud, sites Molière et Baron-Lambert.

Le traitement conservateur

Toute **discopathie aiguë** nécessite un repos relatif d'une durée de 2 à 6 semaines pour une lésion ligamentaire, et au moins 3 semaines en présence de sciatgies. Les AINS sont utiles étant donné l'existence systématique d'une réaction inflammatoire, celle-ci jouant probablement un rôle sur la néo-innervation du disque. Antalgiques et myorelaxants peuvent aussi être prescrits. La kinésithérapie est indiquée. Le port du corset doit être envisagé dans la discopathie de l'enfant et de l'adolescent, étant donné le risque de déplacement du listel marginal. Enfin, l'infiltration péri-durale est indiquée face à des sciatgies résistantes et en l'absence de déficit moteur.

La **discopathie chronique** nécessite rééducation posturale (ergonomie), kinésithérapie active (renforcements musculaires et exercices posturaux), voire participation à une école du dos.

Dr M. OUCHINSKY, Service de Médecine du Sport, ULB, et B. VAN GEYT, Service de kinésithérapie, Hôpital Erasme, ULB.

Injections péri-durales

Les **indications** de l'injection péri-durale au niveau lombaire sont les radiculopathies aiguës ou chroniques, que celles-ci soient dues à une hernie discale, un canal étroit, une fibrose post-chirurgicale ou qu'elles soient le fait d'une névrite post-zostérienne ou post-radique, notamment. Mais cette technique n'a pour prétention que de réduire les phénomènes douloureux. Elle n'a donc pas sa place en cas de déficit moteur (indication chirurgicale).

Les **produits utilisés** sont principalement les corticoïdes, ceux-ci ayant aussi un effet

antalgique direct sur les fibres myélinisées (le Diprophos® causerait plus souvent flush et nausées que d'autres produits). Les produits accessoires (utilisés plutôt chez les patients hospitalisés) sont de deux types :

- **Anesthésiques locaux**, qui présentent l'avantage de confirmer la bonne localisation de l'injection et de favoriser le relâchement musculaire, mais dont les inconvénients et risques ne sont pas négligeables (hypotension, bloc moteur, rétention urinaire, risque de rachy-anesthésie totale en cas de brèche dure-mérienne).
- **Opiacés** avec les risques de nausées et vomissements, rétention urinaire, prurit et dépression respiratoire tardive (morphine).

La **technique** pratiquée par l'auteur de la communication ainsi que par un grand nombre d'anesthésistes, est l'abord postérieur, sans contrôle radioscopique. Le patient étant positionné en décubitus latéral, le produit diffuse par gravité vers la racine concernée. En cas de fibrose post-chirurgicale, l'injection se fera à distance, par l'hatus sacré.

Les **contre-indications** concernent toute infection locale et coagulopathies. Les **précautions** en cas de prise de certains médicaments sont les suivantes :

- Sintrom®, Plavix®, Ticlid®: arrêt 10 jours avant et remplacement si nécessaire par HBPM.
- Aspirine et AINS: l'auteur considère qu'ils peuvent être maintenus (NDLR: certains collègues d'experts recommandent l'arrêt de l'aspirine dès 8 jours avant).

Les **complications possibles**, hormis l'échec technique et celles liées aux produits (voir ci-avant), sont les suivantes :

- **Brèche dure**: c'est la plus fréquente (± 1%). Elle entraîne une fuite de LCR responsable de céphalées et contractures cervicales qui diminuent en décubitus. Le traitement consiste en maintien en décubitus, hydratation intense, administration de tramadol, de myorelaxants, de caféine, et réalisation d'un "blood patch" (injection du propre sang du patient sur le site de la brèche, qui aura pour effet de colmater la brèche).
- **Brèche vasculaire** avec injection IV ou IA: elle est rare mais potentiellement grave dans le cas de l'usage de drogues autres que les corticoïdes (voir ci-avant).
- **Lésion médullaire ou nerveuse**: elle peut se voir en cas d'abord direct d'une hernie discale très volumineuse.

Les **résultats** de la péri-durale ne peuvent se juger que 4 à 5 jours après l'injection, mais avec certitude au 10^e jour, une accentuation transitoire de la douleur pouvant par contre exister dans les 48 heures qui suivent. Une 2^e injection peut se faire si nécessaire après 10 à 15 jours, voire une 3^e, un mois après. L'auteur dit obtenir 70% de résultats positifs sur base d'un suivi à quelques mois. Par contre, la littérature présente des résultats extrêmement variables mais également difficiles à interpréter de par l'aspect opératoire-dépendant de la technique et le manque

de précision concernant la technique utilisée, le recul considéré et les critères de positivité des résultats. Ainsi, trois méta-analyses mentionnent respectivement les proportions suivantes de résultats jugés positifs: 14%, aucun et 66%. Certaines études n'ont même trouvé aucune différence entre l'injection de corticoïdes et celle de sérum physiologique. Plusieurs **controverses** persistent à ce jour et concernent les aspects suivants :

- Nombre total d'injection (2 à 3).
- Intervalle entre chacune (2 à 15 jours).
- Volume de liquide et doses utilisées
- Produits adjuvants ou non
- Usage de scopie (celle-ci est indispensable en cas d'abord latéral par contre).

Dr F. LAMESCH, Service d'Anesthésiologie, Institut Médical Edith-Cavell, Clinique César de Paeppe.

Quelle place pour la chirurgie ?

Le traitement chirurgical ne vient jamais qu'en dernier recours pour les pathologies du dos, en particulier les discopathies. Il faut distinguer trois contextes cliniques distincts qui donnent chacun lieu à une indication chirurgicale différente.

La **lombalgie chronique par dégénérescence discale** peut faire l'objet d'une arthro-dèse chez le sujet d'un certain âge (> 50 ans). Celle-ci est assortie d'une amélioration dans 60% des cas mais peut s'ensuivre d'une souffrance accrue du disque sus-jacent et/ou des inter-apophysaires correspondantes.

L'**instabilité discale** consiste en un tableau clinique chronique de discopathie non protrusive chez des sujets plus jeunes. Son diagnostic est établi par une imagerie compétente dont une discographie de confirmation et une scintigraphie excluant toute intervention des articulations inter-apophysaires notamment. L'intervention de choix est ici la prothèse discale à 3 ou 5 degrés de liberté. Sur une série de 53 patients opérés à Erasme (100 patients opérés à ce jour), tous ont vu disparaître leurs lombalgies discales, 80% ont repris le travail, mais 1 patient sur 4 a développé des douleurs d'origine intra-apophysaire.

La **sciatgie** par compression d'une racine nerveuse nécessite le recours à la chirurgie en cas d'apparition d'un déficit moteur (c'est alors une urgence à 24 heures près) ou en cas de résistance au traitement conservateur, en ce compris les péri-durales. Mais il convient de ne pas attendre plus de 3 mois en cas de persistance des symptômes radiculaires. De plus en plus, ce sont les techniques mini-invasives qui sont utilisées. Parmi celles-ci, les techniques percutanées (aspiration, laser, ultrasons) n'ont pas encore fait leurs preuves. À noter que la chymopapaine est actuellement abandonnée. Si l'indication et la technique sont adéquates, les résultats sont positifs à 80-90%.

Dr O. DE WITTE, Service de Neurochirurgie, Hôpital Erasme, ULB.