Revue du rhumatisme monographies 80 (2013) 222–227

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

La sciatique discale : histoire naturelle et traitement

Sciatica: An update on pathophysiology and management

Gregory Fleury, Stéphane Genevay*

Service de rhumatologie, hôpitaux universitaire de Genève, 1211 Genève 14, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Accepté le 18 juillet 2013
Disponible sur Internet le 7 septembre 2013

Mots clés :
Sciatique
Radiculopathie
Hernie discale
Traitements
Chirurgie

RÉSUMÉ

La sciatique par hernie discale est une pathologie rachidienne fréquente dont le pronostic semble moins favorable que précédemment décrit et pour laquelle de nombreuses zones d'ombre persistent. Cette radiculalgie résulte de la conjonction d'une hernie discale à proximité de la racine nerveuse et du développement d'une inflammation locale dont on ne connaît pas le processus exact. Le traitement est en général non chirurgical, mais il n'y a pas de consensus sur son contenu en raison du faible nombre d'essais randomisés. Plusieurs traitements dits « peu invasifs » sont disponibles mais aucun n'a fait ses preuves. Lorsque l'évolution est défavorable, le traitement chirurgical est supérieur au traitement conservateur dans les mois qui suivent l'intervention. Cet avantage s'atténuant avec le temps, il est actuellement recommandé d'informer consciencieusement chaque patient des avantages et des inconvénients de chaque option afin de choisir le traitement le mieux adapté.

© 2013 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Sciatica
Radiculopathy
Herniated disc
Treatment
Surgery

ABSTRACT

Sciatica is a frequent spinal condition with a clinical course worse than previously described and for which many gray areas persist. This radiculopathy is due to a combination of a herniated disc near the nerve root and the development of a local inflammation, for which we do not know the exact pathophysiology. Treatment is generally non surgical, however, due to the paucity of randomized trials, no universal recommendations are available. Several minimally invasive techniques have been developed but none has proven its efficacy. In case of unfavorable clinical evolution, surgery is superior to conservative treatment over several months but this difference decreases over time. Thus, shared decision-making process is recommended in order to choose the optimal treatment for each patient.

© 2013 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La sciatique discale correspond à une radiculalgie L5 ou S1 secondaire à une hernie discale (HD). Cette précision est indispensable car le terme de sciatique est fréquemment galvaudé, y compris dans le monde médical. En l'absence de définition stricte ou de critères diagnostiques reconnus et validés, chaque auteur y va de son interprétation, engendrant confusions et difficultés d'interprétations à tel point que certains ont suggéré d'abandonner cette terminologie [1].

2. La hernie discale

L'apparition d'une HD ne se produit que dans le contexte d'une dégénérescence discale. En théorie, elle serait principalement constituée de noyau pulpeux mais les analyses histologiques réalisées sur le matériel chirurgical révèlent un tissu mixte, le plus souvent difficilement identifiable où la part de noyau pulpeux ne semble prédominante que chez la personne de moins de 30 ans [2]. La classification radiologique de référence définit la HD comme un déplacement focal de matériel discal en dehors de son espace naturel [2]. Cela implique que le relâchement circonférentiel ou quasi circonférentiel (> 180°) de matériel discal (*bulging*) ne doit pas être considéré comme une HD (Fig. 1). Il existe plusieurs types de HD : séquestre, extrusion (en général HD transligamentaire) et protrusion (en général HD sous-ligamentaire) (Fig. 2). Il n'est cependant pas sûr que la classification radiologique (extrusion/protrusion) recouvre strictement la description chirurgicale (trans-/sous-ligamentaire). Le taux de HD dans la population

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : stephane.genevay@hcuge.ch (S. Genevay).

1878-6227/$ – see front matter © 2013 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2013.07.010

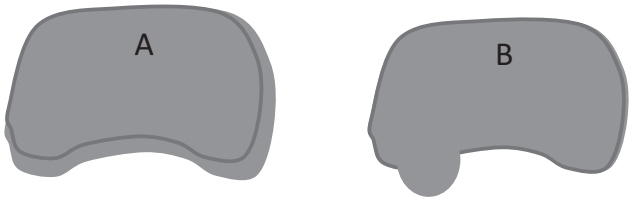

Fig. 1. Il existe deux circonstances dans lesquelles le pourtour du disque déborde des plateaux vertébraux adjacents. A. Relâchement circonférentiel (> 180°) du disque. B. Hernie discale.

générale asymptomatique varie en fonction du type (protrusion : 27 à 45 %, extrusion : 1 à 31 %) [3,4]. Les facteurs de risque pour l'apparition d'une HD n'ont pas fait l'objet d'études de qualité et restent spéculatifs.

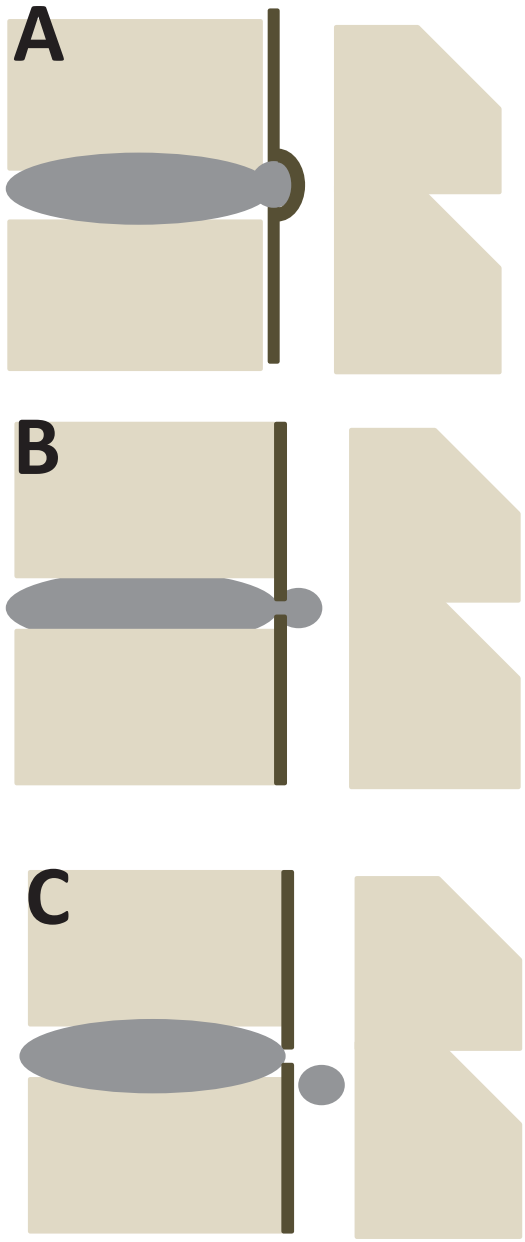

Fig. 2. On différencie plusieurs types de hernies discales en fonction de la position avec le ligament longitudinal postérieur et de la persistance ou non d'un continuum avec le disque intervertébral. A. Hernie discale sous-ligamentaire. B. Hernie discale trans-ligamentaire. C. Hernie discale séquestrée.

Deux méta-analyses récentes cherchent à estimer la valeur de l'imagerie. Comparé à la chirurgie, le CT-scanner a une sensibilité de 77,4 % et une spécificité de 73,7 % [5], très proches de celles rapportées pour l'IRM (sensibilité 75 %, spécificité 77 %) [6]. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution au vu de l'hétérogénéité des études incluses, des biais de sélection, de l'absence de référence absolue (*gold standard*) et surtout de la prévalence de l'HD asymptomatique.

Dès lors qu'il y a une sciatique et une HD, la taille de celle-ci n'influence pas l'importance des symptômes, ni l'évolution clinique ; de très grosses HD peuvent avoir des évolutions cliniques tout à fait satisfaisantes sans chirurgie [7]. La rapidité de résorption de la HD dépend du type (séquestre > extrusion > protrusion). Les bombements circonférentiels n'évoluent pratiquement pas. Ce phénomène de résorption est dépendant des macrophages que l'on retrouve en très grand nombre dans le tissu de granulation autour des hernies séquestrées ou trans-ligamentaires et plus rarement dans les hernies sous-ligamentaires [8]. Radiologiquement, ce phénomène semble se traduire par un rehaussement de signal péri-herniaire en T2 et par une prise de gadolinium. La réduction de la taille [9], le rehaussement péri-herniaire [10] et la présence d'une compression radiculaire [11] seraient des facteurs de bon pronostic.

3. Épidémiologie et histoire naturelle de la sciatique

En l'absence de critères diagnostiques universellement reconnus, la prévalence de la sciatique varie entre 1,2 et 42 % [12]. La seule étude de population incluant un examen physique rapporte une prévalence ponctuelle de 4,8 % [12]. À partir d'une importante cohorte de patients consultant en médecine de premier recours pour des lombalgies, environ un tiers d'entre eux présente une irradiation douloureuse plus distale que le genou mais la proportion exacte de patients présentant un syndrome radiculaire n'est pas connue [13].

La sciatique peut se déclarer dès l'adolescence. Sa fréquence augmente avec l'âge et fait un pic vers 60 ans. La plupart des études explorant les facteurs de risques sont transversales et utilisent une définition épidémiologique de la sciatique (douleur irradiant dans le mollet ou le pied). Leurs résultats doivent donc être considérés avec précaution. Les enquêtes prospectives récentes rapportent que les jeunes Finlandais de 16 à 18 ans ont une prévalence annuelle entre 3,0 % (filles) et 7,2 % (garçons). Les facteurs classiquement évoqués dans les études transversales ne sont pas confirmés (obésité, tabac, charge physique au travail, activité physique) [14]. Ces mêmes facteurs ont été étudiés chez 9016 adolescents âgés de 14 ans et suivis pendant 28 ans [15]. Dans cette cohorte, le tabac est le seul facteur qui augmente le risque d'être hospitalisé pour le traitement conservateur d'une sciatique mais il n'est significatif que chez les hommes (*Hazard Ratio* [HR] = 2,0 ; [CI95 % : 1,1, 3,6] contre HR = 1,8 ; [CI95 % 0,8, 3,9] chez les femmes). Enfin, un suivi de six ans chez 5261 employés d'âge moyen (80 % de femmes) indique des résultats différents selon les sexes. Les facteurs de risques pour les femmes comprennent la présence de douleurs rachidiennes, l'indice de masse corporelle (IMC), le tabagisme, l'absence d'activité physique pendant les loisirs et le travail manuel [16]. Pour les hommes, en plus des douleurs rachidiennes, seul le travail manuel est significativement corrélé [16]. Parmi les facteurs qui n'ont aucune influence quel que soit le sexe, on relèvera l'intensité physique du travail et le stress professionnel (tel que défini par Karazek) [16].

L'évolution clinique est souvent décrite comme rapidement favorable en référence à l'étude de Weber [17] qui a inclus des patients souffrant de radiculalgies depuis moins de deux semaines. Les données plus récentes sont nettement moins favorables. En effet, les patients qui présentent une radiculalgie souffrent plus que les patients lombalgiques [18], l'évolution à six mois est moins

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3389816

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3389816

Daneshyari.com