



Hernie discale lombaire – Diagnostic et prise en charge

Rev Med Suisse 2014; 10: 2376-82

M.-V. Corniola
E. Tessitore
K. Schaller
O. P. Gautschi

Drs Marco-Vincenzo Corniola,
Enrico Tessitore et Oliver P. Gautschi
Pr Karl Schaller
Département des neurosciences
cliniques
Service de neurochirurgie
Faculté de médecine et Université
de Genève
HUG, 1211 Genève 14
marco.corniola@hcuge.ch

Lumbar disc herniation – Diagnosis and treatment

A lumbar disc herniation (LDH) is a condition frequently encountered in primary care medicine. It may give rise to a compression of one or more nerve roots, which can lead to a nerve root irritation, a so-called radiculopathy, with or without a sensorimotor deficit. The majority of LDHs can be supported by means of a conservative treatment consisting of physical therapy, ergotherapy, analgetics, anti-inflammatory therapy or corticosteroids, which may be eventually administered by infiltrations. If a clinico-radiological correlation is present and moderate neurological deficit appears suddenly, if it is progressive under conservative treatment or if pain is poorly controlled by well-conducted conservative treatment performed during four to six months, surgery is then recommended.

La hernie discale lombaire (HDL) est une pathologie fréquemment rencontrée en médecine de premier recours. La HDL peut être responsable de la compression d'une ou plusieurs racines nerveuses, ce qui détermine une atteinte radiculaire, dite radiculopathie, associée ou non à un déficit sensitivomoteur. Dans la plupart des situations, le traitement conservateur comprenant la physiothérapie, les notions d'hygiène du dos, une antalgie, une thérapie anti-inflammatoire, voire une corticothérapie, cette dernière éventuellement délivrée par infiltration, permet le soulagement des douleurs. Lorsqu'une corrélation clinico-radiologique est faite et qu'un déficit neurologique moteur apparaît de manière brusque, est progressif sous traitement conservateur, ou que les douleurs sont mal contrôlées par le traitement non chirurgical bien mené pendant une durée de quatre à six mois, une intervention neurochirurgicale est recommandée.

INTRODUCTION

La hernie discale lombaire (HDL) constitue un motif fréquent de consultation du médecin de premier recours (MPR), qu'elle soit urgente ou semi-urgente. Il s'agit pour le praticien de reconnaître une symptomatologie avec atteinte radiculaire (radiculopathie), déficitaire ou non, d'une atteinte pseudo-radiculaire et la présence d'un lumbago associé (douleurs au bas du dos sans irradiation dans les extrémités) au moyen d'un examen clinique ainsi que d'organiser une imagerie appropriée. Un taux de rémissions spontanées élevé justifie, dans la plupart des cas, une thérapie initiale non chirurgicale. Néanmoins, une indication immédiate pour une intervention neurochirurgicale existe en présence des déficits sensitivomoteurs importants ou progressifs, des troubles mictionnels et/ou fécaux ou des douleurs incontrôlables, en cas de corrélation clinico-radiologique.

Dans un second temps, et lorsque l'échec du traitement conservateur bien mené est constaté quatre à six mois après son instauration, une opération est recommandée, de nouveau seulement en cas de corrélation clinico-radiologique claire, dans le but de diminuer les symptômes et les risques d'une chronicisation de la symptomatologie. Le poids socio-économique de la pathologie HDL est de fait non négligeable; les coûts directs et indirects liés à la prise en charge médico-chirurgicale, aux répercussions sur la capacité de travail, voire sur une reconversion professionnelle, ne sauraient être négligés lors de la prise en charge du malade.

Cet article a pour but de passer en revue les éléments diagnostiques pertinents dans la prise en charge des HDL. La clinique, les examens complémentaires ainsi que les options thérapeutiques décisives, inclus le degré d'urgence et la pose d'indication chirurgicale des HDL, sont présentés d'un point de vue pragmatique.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET PATHOPHYSIOLOGIE

Les douleurs lombaires basses constituent le deuxième motif le plus fréquent de consultation chez le MPR après le suivi des maladies chroniques.¹ La préva-



lence au cours de la vie est autour de 80% et l'incidence annuelle d'environ 5%. Étonnamment, seul 1% des patients présentant des douleurs lombaires basses se plaignent de symptômes radiculaires et seulement 1-3% présentent une HDL.² La population concernée par une HDL est majoritairement représentée dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 50 ans, avec un ratio homme:femme équilibré d'environ 1:1. Les niveaux les plus souvent touchés par la pathologie sont L4-L5, suivis de L5-S1, représentant ainsi 90% des hernies discales rencontrées en pratique des MPR. La HDL représente ainsi la maladie rachidienne requérant le plus souvent une chirurgie ouverte. Les patients souffrant de stress quotidien (professionnel, personnel ou mixte) ainsi que ceux qui fument sont plus à risque que la population générale.³ Néanmoins, il apparaît que les facteurs génétiques sont plus déterminants dans la genèse d'une HDL que les activités sportives ou professionnelles comprenant une charge importante pour le dos.⁴

DISQUE INTERVERTÉBRAL NORMAL ET DÉGÉNÉRESCENCE DISCALE

Le disque intervertébral normal est constitué d'un noyau pulpeux entouré d'un anneau fibreux, majoritairement constitué de collagène de type II ainsi que de protéoglycanes dans une moindre mesure. La dégénérescence discale est normalement une séquelle multifactorielle incluant des facteurs mécaniques, nutritionnels, traumatiques et génétiques. Des changements biochimiques structurels impliquant des médiateurs inflammatoires modifient la structure discale saine et la rendent de ce fait plus fragile. Quels que soient le mécanisme et le poids respectif de ces facteurs de dégénérescence discale, 85 à 95% des adultes autopsiés après 50 ans démontrent une maladie discale dégénérative.⁵

DÉFINITION D'UNE HERNIE DISCALE LOMBAIRE

La HDL est un déplacement localisé de matériel du noyau pulpeux à travers les fibres de l'anneau fibreux (figure 1). Le noyau pulpeux n'est plus contenu par l'anneau fibreux, lequel est déchiré. La HDL représente une pathologie focale qui s'inscrit dans le contexte d'une dégénérescence discale. Plusieurs termes sont employés couramment dans la qualification de la dégénérescence discale. La figure

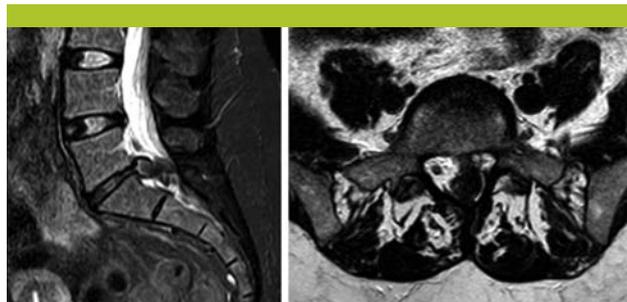


Figure 1. IRM lombaire (séquences T2 sagittale et axiale) démontrant une déchirure de l'anneau fibreux L5-S1 avec déplacement du noyau pulpeux et herniation discale intracanalair (hernie discale séquestrée)

Sous-ligamentaire		Sous- ou extraligamentaire		Extraligamentaire
Protrusion discale	Prolapsus discal	Hernie discale extrudée		Hernie discale séquestrée

Figure 2. Les différentes présentations schématisées de la maladie discale

Leur rapport ligamentaire est précisé.⁶

re 2 montre les divers modes de présentation de la pathologie discale. La protrusion ou le prolapsus discal (en anglais, *disc bulging*) sont par définition sous-ligamentaires. L'extrusion discale (hernie discale «vraie») peut être sous-ou extraligamentaire. Le séquestre discal libre avec ou sans partie luxée est bien entendu extraligamentaire, avec une rupture partielle de l'anneau fibreux.⁶

EXAMEN CLINIQUE

La clinique révèle des douleurs lombaires basses accompagnées normalement d'une irradiation douloureuse, parfois de déficits sensitifs et/ou moteurs. Selon le trajet

Tableau 1. Trajet douloureux, réflexes et muscles de référence

(En fonction de la littérature étudiée, la radiculopathie L4 est tantôt classée sous «lombocruralgies», tantôt sous «lombosciatalgies»).¹

	Lombocruralgies		Lombosciatalgies		
	L2	L3	L4 ¹	L5	S1
Trajet douloureux	Pli inguinal	Face antérieure de la cuisse jusqu'au genou	Face antérolatérale de la cuisse jusqu'au genou et face antéro-interne de la jambe jusqu'à la cheville	Face postérieure de la cuisse, face latérale de la jambe et dos du pied jusqu'à l'hallux	Face postérieure de la cuisse et de la jambe, projection sur la tranche du pied jusqu'aux derniers orteils
Réflexes ostéo-tendineux (ROT)			Rotulien	–	Achilléen
Force		Ilio-psoas et quadriceps	Releveurs du pied et extension de la cuisse	Releveurs de l'hallux et du pied	Extension du pied



Tableau 2. Sensibilité et spécificité des observations cliniques

Tests	Commentaires	Sensibilité	Spécificité
Lasègue ipsilatéral	Positif: douleur radiculaire reproduite <60° d'élevation	0,8	0,4
Contre-Lasègue	Reproduction des douleurs controlatérales	0,25	0,9
Diminution du réflexe achilléen	Siège habituel de la hernie en L5/S1 (l'abolition totale du réflexe augmente la spécificité)	0,5	0,6
Diminution du réflexe patellaire	Suggestif d'une hernie au-dessus du segment L5/S1	0,5	–
Troubles de la sensibilité	Dermatomes souvent difficilement décrits par le malade, peu suggestifs du niveau herniaire	0,5	0,5

d'irradiation dans le membre inférieur, on parle d'une lombocruralgie si la douleur irradie sur le devant de la cuisse et/ou la crête tibiale, ou d'une lombosciatalgie si elle descend derrière dans la fesse, la face postérieure de la cuisse et la jambe (tableau 1). Les douleurs lombaires basses peuvent aussi être absentes. Il y a différents tests de provocation ainsi que de réflexes des membres inférieurs, avec une sensibilité et une spécificité propres pour le diagnostic d'une HDL (tableau 2). La force devrait être testée activement et passivement (tableau 3). La marche est examinée, y compris sur les talons et la pointe des pieds. La distance doigt-sol (DDS), ou test d'inclinaison latérale, ainsi que le test de Schober sont des examens utiles à la documentation d'un syndrome lombo-vertébral. L'extension et la rotation du rachis lombaire devraient également être documentées. Toute douleur irradiant aux membres inférieurs lors de ces manœuvres nécessite la réalisation d'un examen neurologique des membres inférieurs. L'examen clinique ainsi que l'anamnèse dirigée visent à dégager des *Red flags*, imposant la réalisation d'une imagerie, effectuée en urgence lorsqu'ils sont présents (tableau 4).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel des lombocruralgies et lombosciatalgies est multiple et l'éventail de maladies étendu. Il ne faut pas perdre de vue les causes inflammatoires, trau-

Tableau 3. Cotation de la force
(Selon le British Medical Research Council).

Grade 0	Pas de mouvement ni de contraction musculaire
Grade 1	Contraction musculaire objectivable, sans mouvement
Grade 2	Mouvement possible dans le plan horizontal
Grade 3	Mouvement possible dans le plan horizontal et vertical (contre la pesanteur)
Grade 4	Mouvement contre résistance, de force diminuée
Grade 5	Force normale

Tableau 4. Red flags à rechercher lors de douleurs lombaires basses posant l'indication à une imagerie en urgence

Red flags	Orientation diagnostique
<ol style="list-style-type: none"> > 50 ans ou < 20 ans Antécédents oncologiques Perte pondérale non désirée Immunosuppression Consommation de drogues IV Fièvre, tremblements Douleurs lombaires inflammatoires 	Cancer, infection
<ol style="list-style-type: none"> Anamnèse traumatique Utilisation prolongée de stéroïdes > 70 ans 	Fracture vertébrale
<ol style="list-style-type: none"> Incontinence urinaire ou miction par regorgement Incontinence fécale Anesthésie en selle Faiblesse progressive des membres inférieurs 	Syndrome de la queue de cheval

matiques et systémiques qui ne sauraient être négligées. Seule une anamnèse dirigée, associée à un examen clinique complet, permet la différenciation entre les douleurs mécaniques et les douleurs inflammatoires; la part des choses entre un processus pathologique local ou systémique peut être ainsi faite. Le tableau 5 représente une liste comprenant les diagnostics différentiels les plus fréquents.

Tableau 5. Diagnostics différentiels des douleurs lombaires basses
(D'après réf.⁴⁵).

<p>1. Douleurs lombaires mécaniques (environ 97% des douleurs rachidiennes) causées par</p> <ul style="list-style-type: none"> Lumbago (contracture musculaire; environ 70%) Dégénération discale ou facettaire (environ 10%) Canal rachidien étroit (environ 3%) Spondylolisthésis (2%) Scoliose Déséquilibre sagittal (hypercyphose/hyperlordose) Fractures vertébrales (traumatique, ostéoporotique, néoplasique) Tumeur canalaire (méningiome, neurinome) Affection du plexus lombaire Saignement intracanaire Arthrose iliosacrée Coxarthrose
<p>2. Douleurs lombaires non inflammatoires (environ 1%) causées par</p> <ul style="list-style-type: none"> Inflammation (spondylodiscite, abcès épidual, borréliose) Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) Malformations artério-veineuses, fistules dures spinales Processus expansifs intramédullaires (par exemple, syringomyélie, tumeur, métastase)
<p>3. Causes viscérales, systémiques ou périphériques (jusqu'à 2%)</p> <ul style="list-style-type: none"> Anévrismes de l'aorte abdominale Maladie rénale (pyélonéphrite, abcès périnéphritique) et des uretères (lithiase) Syndrome des loges Neuropathie métabolique (par exemple, polyneuropathie diabétique) Maladie artérielle des membres inférieurs (claudication intermittente) Myopathie/tendinopathie Kyste de Baker

IMAGERIE

L'examen radiologique de choix pour le diagnostic d'une HDL est l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Elle permet de visualiser les éléments osseux, les éléments ligamentaires, les disques intervertébraux, les éléments nerveux ainsi que les éléments liquidiens. La séquence la plus sensible et spécifique est la séquence pondérée en T2 (figures 1 et 3). Cette séquence ne mesure pas directement le taux d'hydratation du disque, mais bien la concentration de glycosaminoglycanes, lesquels lient l'eau. Le myélo-scanner (myélo-CT) est réalisé lorsqu'il y a une contre-indication à l'IRM ou lorsque ce dernier examen est peu conclusif, chez un patient présentant une clinique suggestive d'une HDL. Les radiographies lombaires avec tests dynamiques peuvent montrer des signes indirects de souffrance discale (par exemple, tassement du disque) ou d'instabilité associée (par exemple, listhèse). Les radiographies de la colonne entière (effectuées selon la technique EOS) donnent une vision d'ensemble de la colonne et de sa balance sagittale et coronale.⁷⁻¹⁰

PRINCIPES DU TRAITEMENT

Traitement conservateur

Il s'agit de traiter en premier lieu l'irritation radiculaire douloureuse. Une antalgie de base, associée à un traitement anti-inflammatoire (AINS), voire des corticoïdes en schéma dégressif rapide (maximum dix jours), accompagnée par une physiothérapie ambulatoire sont la première ligne de traitement dans les cas des HDL qui ne sont pas candidates à une chirurgie en première intention. Cependant, le rôle des corticoïdes PO demeure controversé et n'est actuellement pas démontré.¹¹⁻¹⁴ A ce traitement systémique est couplé un traitement topique, le plus souvent sous forme d'infiltration péridurale. Une telle infiltration peut sou-

lager le patient de manière spectaculaire et demeure efficace jusqu'à 51% des cas de douleurs radiculaires.¹⁵ Une infiltration peut rester efficace jusqu'à trois à six mois maximum. En principe, il est nécessaire d'attendre au minimum trois semaines avant une nouvelle infiltration; le risque de formation de cristaux est élevé si l'infiltration est répétée au même endroit plus de quatre fois.^{14,16}

Le traitement conservateur est le traitement de première intention lorsque les critères d'urgence chirurgicale sont écartés. En raison de la forte tendance des HDL à devenir pauci-, voire asymptomatiques, la chirurgie ne doit être proposée qu'une fois fait le constat d'échec du traitement conservateur bien mené. En effet, la majorité des patients relatent une diminution, voire une disparition des douleurs après une période s'étendant de quelques semaines à plusieurs mois;¹⁷ ceci justifie – lorsqu'aucun critère d'urgence n'est retenu – d'instaurer rapidement, et de maintenir, un traitement conservateur soutenu. Des études rétrospectives et prospectives ont démontré la régression, voire la disparition radiologique spontanée des HDL chez 70% des patients au cours d'un suivi s'étendant de six à douze mois.¹⁷ En règle générale, un traitement conservateur seul, en l'absence d'une indication urgente pour une intervention neurochirurgicale, amène à moyen/long terme une diminution, voire une disparition des douleurs ayant motivé la prise en charge initiale chez 70 à 90% des patients.

En principe, le traitement conservateur doit être instauré pour une durée de quatre à six mois au minimum; si le patient ne répond pas favorablement passé ce délai, la chirurgie est alors recommandée. De fait, la supériorité de la chirurgie sur le traitement conservateur dans le management de la HDL non déficitaire hyperalgique a longtemps créé le débat au sein de la communauté médicale. Les études Spine Outcome Research Trial (SPORT) et MAINE lumbar spine study sont deux outils qui ont mesuré prospective-

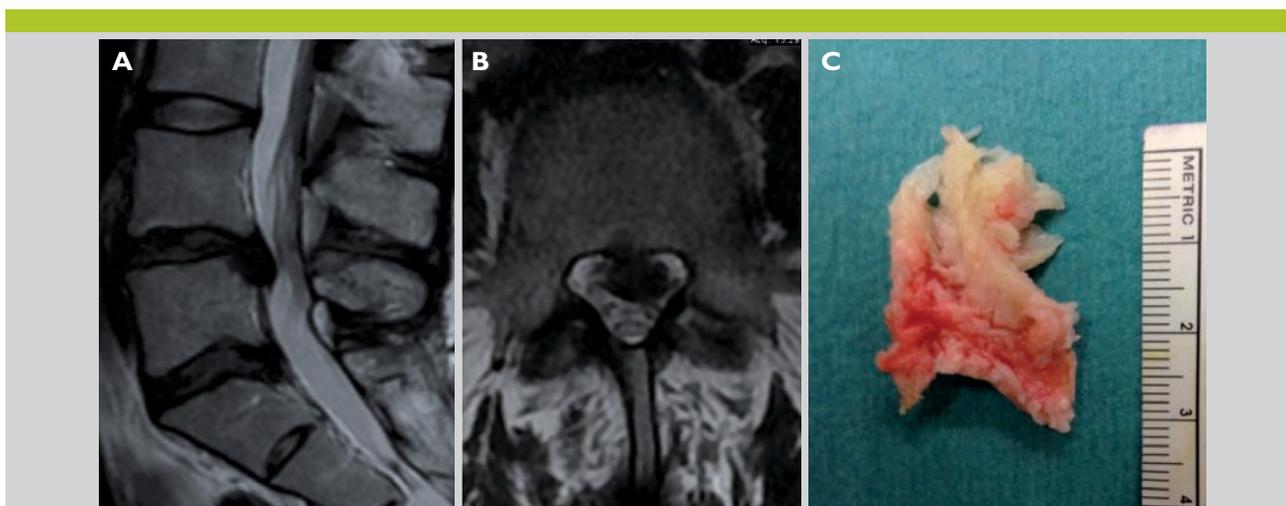


Figure 3. IRM (séquences T2 en sagittale et axiale) d'une patiente de 29 ans, connue pour un status postcure de hernie discale L5-S1 à droite, il y a trois ans

Patiente présentant des lombosciatalgies irradiant dans un territoire radiculaire L5 à gauche depuis plusieurs semaines, avec un pied tombant à gauche depuis trois jours. Les images mettent en évidence une volumineuse hernie discale L4-L5 à gauche luxée vers le bas. La patiente a bénéficié d'une intervention en urgence le jour même de la consultation aux urgences avec une fenestration interlaminaire avec séquestrectomie et foraminotomie L5 à gauche (C. séquestre). En postopératoire, après une neuro-rééducation en milieu hospitalier, la patiente a récupéré quasiment complètement la force dans la jambe et le pied gauche.



Tableau 6. Indications opératoires (indications absolues, relatives et absence d'indication)

* Ces chirurgies sont considérées comme «urgentes».

Indications absolues	Indications relatives	Absence d'indication
<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte motrice subite cotée à 3/5 ou moins • Déficit moteur progressif • Douleurs intolérables malgré antalgie maximale bien menée • Menace de mort radiculaire (atteinte motrice, disparition des douleurs)* • Syndrome de la queue de cheval (atteinte sphinctérienne anale et/ou urinaire)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Sciatique malgré traitement antalgique maximal bien mené • Patient ne désirant pas investir plusieurs mois dans un traitement conservateur suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Rachialgies diffuses, lombalgies basses sans irradiation aux membres inférieurs • Diagnostic peu clair • Réticence du patient • Patients hypochondriaques

ment l'évolution des symptômes des patients traités soit par mesures conservatrices, soit par sanction chirurgicale.¹⁸⁻²³ Les résultats démontrent une supériorité du traitement chirurgical sur le traitement conservateur dans le soulagement des douleurs à 1, 4, 5, 8 et 10 ans.

Traitement chirurgical

Les données des études SPORT et MAINE nous permettent donc de poser une indication opératoire lorsque les douleurs radiculaires ne sont pas soulagées après quatre à six mois de traitement conservateur maximal, bien mené (voir ci-dessus). Le **tableau 6** représente les indications opératoires (indications absolues, relatives et absence d'indication). L'indication chirurgicale absolue est posée lorsque le déficit neurologique corrélé à l'imagerie est progressif, voire brutal; en l'absence de déficit moteur, la seule douleur ne répondant pas au traitement conservateur maximal bien mené pose une indication chirurgicale absolue.

Une absence de corrélation clinico-radiologique, des douleurs bien atténuées par le traitement antalgique sommaire, ou encore la survenue isolée de douleurs brutales inaugurales sans déficit neurologique, même si corrélées à une image d'une HDL, ne nécessitent pas une prise en charge chirurgicale.

La fenestration interlaminaire avec une séquestrectomie ± microdissectomie représente la technique chirurgicale de choix pour le traitement d'une HDL. L'intervention peut être combinée, si nécessaire, à une récessotomie et/ou une foraminotomie pour décompresser la racine en souffrance. L'ancienne école enseignait la microdissectomie agressive systématique si l'anneau fibreux était découvert rompu durant la chirurgie, et ce dans le but de diminuer le risque de récurrence. Désormais, la littérature abonde en articles qui démontrent clairement que ce dogme est erroné. Par exemple, Barth et coll. ont démontré dans leur étude dédiée que le pourcentage de patients avec une récurrence est comparable dans le groupe «séquestrectomie seule» et le groupe «séquestrectomie et microdissectomie».²⁴ De plus, la même équipe a prouvé que ce dernier groupe est plus sujet aux

douleurs chroniques postopératoires. D'autres études ont confirmé que la microdissectomie est associée à une aggravation et une accélération de la dégénérescence discale, raison pour laquelle il est actuellement recommandé de pratiquer, dans la mesure du possible, uniquement une séquestrectomie et, si nécessaire, une microdissectomie limitée.

Plusieurs projets pilotes sont actuellement en cours, qui démontrent qu'une prothèse visant à fermer l'anneau fibreux (en anglais *anular closure device*) peut diminuer le taux de récurrence ainsi que la perte de hauteur discale en postopératoire;²⁵ il en résulte une moindre dégénérescence discale objectivée lors du suivi clinico-radiologique.^{25,26} Les résultats finaux d'une étude prospective multicentrique randomisée, internationale, sont attendus. Cette étude a inclus plus de 400 patients à l'heure actuelle.

Risques et complications du traitement chirurgical

Le risque général se situe autour de 6:10000 (0,06%).²⁷⁻³⁰ Le **tableau 7** représente les risques les plus fréquents.

La prise en charge opératoire d'une hernie discale comporte quelques risques à mettre en balance avec le bénéfice chirurgical. Lorsque l'indication est absolue (déficit neurologique progressif, syndrome de la queue de cheval), la prise en charge chirurgicale précoce dépasse les risques chirurgicaux. Néanmoins, lorsque la chirurgie est élective, pour une atteinte non déficitaire, le but est de lever la contrainte mécanique sur la racine chroniquement comprimée, de manière à faire cesser les douleurs radiculopathiques.

Les risques inhérents à la chirurgie sont anesthésiques, généraux et *spécifiques*; on relèvera, pour ce qui est des risques *généraux*, l'infection de plaie et la perte sanguine (intra ou postopératoire; hématome nécessitant la reprise au bloc). Bien que peu fréquents, les risques *spécifiques* représentent tout un éventail de complications, allant de la

Tableau 7. Risques et complications du traitement chirurgical

LLA: ligament longitudinal antérieur; LCR: liquide céphalorachidien.

Complications communes

- Infection de plaie (2,5%)
 - Superficielle (1,4%)
 - Profonde (1,1%)
- Aggravation transitoire du déficit moteur (1-8%)
- Durotomie accidentelle (0,3-17,4%) avec augmentation du risque de:
 - fistule de LCR
 - pseudoméningocèle
- Récurrence herniaire 5-11% sur 5 ans
- Saignement postopératoire nécessitant une évacuation en urgence
- Remaniements dégénératifs postopératoires, fibrose péri-radulaire

Complications peu communes

- Section de racine (complète ou incomplète)
- Atteinte des structures antérieures au LLA:
 - aorte abdominale/vaisseaux iliaques
 - uretères
 - tronc sympathique
 - intestins
- Syndrome de la queue de cheval sur hématome compressif postopératoire (0,21%)
- Méningite, discite, abcès épidual (< 1%)
- Neuropathies périphériques sur positionnement non adapté du patient en salle d'opération
- Douleurs chroniques, Failed back surgery syndrome (8,4%)



durotomie accidentelle – tout à fait bénigne – à la lésion des vaisseaux iliaques, voire de l'aorte, qui eux peuvent conduire au décès du patient. Bien que les études précédemment citées (SPORT, MAINE) indiquent la supériorité du traitement chirurgical dans la prise en charge des patients à moyen et long termes, ce sont bien ces complications qui doivent faire réfléchir chaque chirurgien avant de poser une indication opératoire chez des patients par ailleurs le plus souvent bien portants et encore dans la vie active.

Suivi, pronostic et perspectives

Actuellement, les recommandations en la matière ne préconisent plus une période d'inactivité postopératoire après une cure opératoire d'une HDL;^{31,32} il n'existe d'ailleurs aucune évidence scientifique rapportant que le repos et l'inactivité physique diminuent le risque de récurrence et améliorent ainsi le résultat chirurgical. Au contraire, la reprise précoce d'un traitement contrôlé actif par de la gymnastique, une physiothérapie ainsi que l'école du dos (hygiène posturale), avec la reprise d'un traitement d'AINS et analgésique si nécessaire, sont recommandées.³³ Ce traitement est initié au sein même de l'unité de soins postopératoires, où les patients séjournent normalement entre deux et cinq jours après l'intervention. Ils y reçoivent un enseignement physiothérapeutique et les instructions nécessaires à une bonne hygiène posturale.

Une physiothérapie douce mais soutenue doit aussi être poursuivie environ quatre à six semaines suivant le retour à domicile; à ce traitement doivent être adjoints des exercices de gainage abdominal ainsi que de l'ergothérapie. Une information importante est donnée au patient: un contrôle régulier de sa cicatrice par des proches doit régulièrement être effectué durant les premières semaines suivant l'opération. Si la cicatrice montre une déhiscence, un écoulement séro-sanguinolant, clair ou purulent (suspicion d'une fistule de liquide céphalorachidienne (LCR) ou qu'un doute sur une infection est présent), une consultation chez le MPR ou le chirurgien est indiquée. De la même manière, des maux de tête spontanés postopératoires, éventuellement positionnels, sont suspects d'être secondaires à une fistule de LCR ou d'un pseudoméningocèle provoqué par une brèche dure-mérienne non identifiée durant la chirurgie. A noter qu'environ 4% des chirurgies pour HDL sont grevées de brèches durales.³⁴⁻³⁶

DISCUSSION

Dans leur article publié en 2006, Weinstein et coll., en reprenant la base de données SPORT, ont démontré que les traitements chirurgicaux et conservateurs ont une efficacité comparable chez les patients présentant une sciatique d'une durée de plus de six semaines, secondaire à une HDL.²¹ Simultanément, Atlas et coll. publient des résultats similaires, avec toutefois un léger avantage à dix ans pour les patients traités chirurgicalement en ce qui concerne les douleurs (et uniquement les douleurs).¹⁸ Du point de vue de la récupération fonctionnelle et de l'aptitude à la reprise du travail, cette étude semble confirmer l'équivalence des deux prises en charge dans le suivi à long terme.

Ainsi, le traitement conservateur est – lorsque l'urgence chirurgicale est écartée – l'option thérapeutique de choix en vertu du principe *Primum non nocere*. Toutefois, la durée de ce traitement et les conséquences qui en découlent (incapacité de travail de durée prolongée, coûts socio-économiques, latence de réponse au traitement avec douleurs persistantes et impact sur la qualité de vie du patient) ne doivent pas faire oublier au praticien que bien que le patient évite une chirurgie à morbidité et mortalité intrinsèques (cf. tableau 6), la qualité de vie peut s'en trouver fortement diminuée.^{20,21,23,37-44} Actuellement, il n'existe aucun score prédictif permettant de déterminer quels patients profiteront d'un traitement conservateur et lesquels n'en tireront pas les bénéfices attendus.¹⁷

Il s'agit donc de mettre en perspective les différents aspects de l'histoire du patient, de son examen clinique et de ses caractéristiques (comorbidités, antécédents et facteurs de risque avec impact négatif sur une récupération post-chirurgicale). La prise en charge d'une HDL ne saurait donc être intégrée à un protocole rigide mais doit être adaptée à chaque patient en tenant compte de son histoire de vie, ses facteurs de risque, antécédents et comorbidités.

Cet article, en intégrant les éléments majeurs de la littérature en la matière (bases de données MAINE et SPORT) à notre expérience clinique et chirurgicale, corréle donc les conclusions des auteurs précédents en recommandant un traitement conservateur soutenu pour la prise en charge des HDL symptomatiques sans critères d'urgence, tout en préconisant une prise en charge adaptée à chaque patient en intégrant l'histoire clinique de chacun à une prise en charge qui se veut flexible.

CONCLUSION

Une HDL se manifeste cliniquement par des lombalgies irradiantes dans le membre inférieur, suivant le plus souvent un territoire radiculaire. Les douleurs dorso-lombaires isolées sont la plupart du temps expliquées par d'autres diagnostics. La radiculopathie est un diagnostic clinique et si aucun *Red flag* n'est présent, on peut alors initialement même renoncer à une imagerie. S'il n'y a pas d'indication opératoire urgente amenant à une prise en charge chirurgicale primaire, un traitement conservateur doit donc être instauré. Il s'agit d'une antalgie adéquate associée à une physiothérapie active, indispensable. S'il existe une indication opératoire, une fenestration interlaminaire avec une séquestrectomie (avec microdissectomie limitée si nécessaire) reste l'option chirurgicale à privilégier. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les Drs Leona von Schnakenburg et Sophie Fries pour la relecture et les conseils.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.



Bibliographie

- 1 Cypress BK. Characteristics of physician visits for back symptoms: A national perspective. *Am J Public Health* 1983;73:389-95.
- 2 Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988;318:291-300.
- 3 Miranda H, Viikari-Juntura E, Martikainen R, Takala EP, Riihimäki H. Individual factors, occupational loading, and physical exercise as predictors of sciatic pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;27:1102-9.
- 4 Videman T, Battie MC, Ripatti S, et al. Determinants of the progression in lumbar degeneration: A 5-year follow-up study of adult male monozygotic twins. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31:671-8.
- 5 * Modic M, Simons S. Lumbar degenerative disc disease. *Disease of the brain, head and neck, spine 40th International Diagnostic Course in Davos (IDKD)*. Milano, 2008.
- 6 Milette PC. Classification, diagnostic imaging, and imaging characterization of a lumbar herniated disk. *Radiol Clin North Am* 2000;38:1267-92.
- 7 Mayerhoefer ME, Stelzener D, Bachbauer W, et al. Quantitative analysis of lumbar intervertebral disc abnormalities at 3.0 Tesla: Value of T(2) texture features and geometric parameters. *NMR Biomed* 2012; 25:866-72.
- 8 Stelzener D, Welsch GH, Kovacs BK, et al. Quantitative T2 evaluation at 3.0T compared to morphological grading of the lumbar intervertebral disc: A standardized evaluation approach in patients with low back pain. *Eur J Radiol* 2012;81:324-30.
- 9 Stelzener D, Messner A, Vlychou M, et al. Quantitative in vivo MRI evaluation of lumbar facet joints and intervertebral discs using axial T2 mapping. *Eur Radiol* 2011;21:2388-95.
- 10 Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology* 2005;237:597-604.
- 11 * Johnson M, Neher JO, St Anna L. Clinical inquiries. How effective – and safe – are systemic steroids for acute low back pain? *J Fam Pract* 2011;60:297-8.
- 12 * Balague F, Piguat V, Dudler J. Steroids for LBP – from rationale to inconvenient truth. *Swiss Med Wkly* 2012;142:w13566.
- 13 Holve RL, Barkan H. Oral steroids in initial treatment of acute sciatica. *J Am Board Fam Med* 2008; 21:469-74.
- 14 * Lazarou I, Genevay S, Nendaz M. Utilisation de corticostéroïdes lors de lomboradiculalgies par hernie discale. *Rev Med Suisse* 2011;7:2041-5.
- 15 Manson NA, McKeon MD, Abraham EP. Transforaminal epidural steroid injections prevent the need for surgery in patients with sciatica secondary to lumbar disc herniation: A retrospective case series. *Can J Surg* 2013;56:89-96.
- 16 Eckel TS, Bartynski WS. Epidural steroid injections and selective nerve root blocks. *Tech Vasc Interv Radiol* 2009;12:11-21.
- 17 ** Gautschi OP, Stienen MN, Schaller K. Spontaneous regression of lumbar discs herniations – a well established phenomenon. *Praxis (Bern 1994)* 2013;102: 675-80.
- 18 ** Atlas SJ, Deyo RA, Keller RB, et al. The Maine Lumbar Spine Study, part II. 1-year outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996;21:1777-86.
- 19 Johansson S, Druzin M, Haage D, Wang MD. The functional role of a bicuculline-sensitive Ca2+-activated K+ current in rat medial preoptic neurons. *J Physiol* 2001;532:625-35.
- 20 ** Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disc herniation: The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): A randomized trial. *JAMA* 2006;296:2441-50.
- 21 ** Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disc herniation: The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) observational cohort. *JAMA* 2006;296:2451-9.
- 22 ** Weinstein JN, Lurie JD, Tosteson TD, et al. Surgical versus nonoperative treatment for lumbar disc herniation: Four-year results for the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33:2789-800.
- 23 ** Lurie JD, Tosteson TD, Tosteson AN, et al. Surgical versus non-operative treatment for lumbar disc herniation: Eight-year results for the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;39:3-16.
- 24 Barth M, Weiss C, Thome C. Two-year outcome after lumbar microdiscectomy versus microscopic sequestrectomy: Part I: Evaluation of clinical outcome. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33:265-72.
- 25 Bouma GJ, Barth M, Ledic D, Vilendecic M. The high-risk discectomy patient: Prevention of reherniation in patients with large annular defects using an annular closure device. *Eur Spine J* 2013;22:1030-6.
- 26 Parker SL, Grahovac G, Vukas D, et al. Cost savings associated with prevention of recurrent lumbar disc herniation with a novel annular closure device: A multicenter prospective cohort study. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg* 2013;74:285-9.
- 27 * Ramirez LF, Thisted R. Complications and demographic characteristics of patients undergoing lumbar discectomy in community hospitals. *Neurosurgery* 1989; 25:226-30; discussion 230-1.
- 28 Deyo RA, Cherkin DC, Loeser JD, Bigos SJ, Ciol MA. Morbidity and mortality in association with operations on the lumbar spine. The influence of age, diagnosis, and procedure. *J Bone Joint Surg Am* 1992;74: 536-43.
- 29 Pull ter Gunne AF, Cohen DB. Incidence, prevalence, and analysis of risk factors for surgical site infection following adult spinal surgery. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009;34:1422-8.
- 30 Martínez Quinones JV, Aso J, Consolini F, Arregui R. Long-term outcomes of lumbar microdiscectomy in a working class sample. *Neurocirugia (Astur)* 2011;22: 235-44.
- 31 Dewing CB, Provencher MT, Riffenburgh RH, Kerr S, Manos RE. The outcomes of lumbar microdiscectomy in a young, active population: Correlation by herniation type and level. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33:33-8.
- 32 Lonne G, Solberg TK, Sjaavik K, Nygaard OP. Recovery of muscle strength after microdiscectomy for lumbar disc herniation: A prospective cohort study with 1-year follow-up. *Eur Spine J* 2012;21:655-9.
- 33 Stienen MN, Cadosch D, Hildebrandt G, Gautschi OP. The lumbar disc herniation – management, clinical aspects and current recommendations. *Praxis (Bern 1994)* 2011;100:1475-85.
- 34 Guerin P, El Fegoun AB, Obeid I, et al. Incidental durotomy during lumbar spine surgery: Incidence, management and complications. A retrospective review. *Injury* 2012; 43:397-401.
- 35 Takahashi Y, Sato T, Hyodo H, et al. Incidental durotomy during lumbar spine surgery: Risk factors and anatomic locations: Clinical article. *J Neurosurg Spine* 2013;18:165-9.
- 36 McMahon P, Dididze M, Levi AD. Incidental durotomy after spinal surgery: A prospective study in an academic institution. *J Neurosurg Spine* 2012;17:30-6.
- 37 Jacobs WC, van Tulder M, Arts M, et al. Surgery versus conservative management of sciatica due to a lumbar herniated disc: A systematic review. *Eur Spine J* 2011;20:513-22.
- 38 Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med* 2007;356:2245-56.
- 39 Peul WC, Van Houwelingen HC, Van den Hout WB, et al. Early surgery or a wait-and-see policy in lumbosacral radicular syndrome: A randomized study. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:2512-23.
- 40 Postacchini F. Results of surgery compared with conservative management for lumbar disc herniations. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996;21:1383-7.
- 41 Chou R, Baisden J, Carragee EJ, et al. Surgery for low back pain: A review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009;34:1094-109.
- 42 van den Hout WB, Peul WC, Koes BW, et al. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica from lumbar disc herniation: Cost utility analysis alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2008;336:1351-4.
- 43 Lequin MB, Verbaan D, Jacobs WC, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica: 5-year results of a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2013;3.
- 44 Ryder HF, McDonough C, Tosteson AN, Lurie JD. Decision analysis and cost-effectiveness analysis. *Semin Spine Surg* 2009;21:216-22.
- 45 Börm W, Stieger H, Papavero L, et al. Leitlinie: Lumbaler Bandscheibenvorfall. In: *Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie*, 2005.

* à lire

** à lire absolument