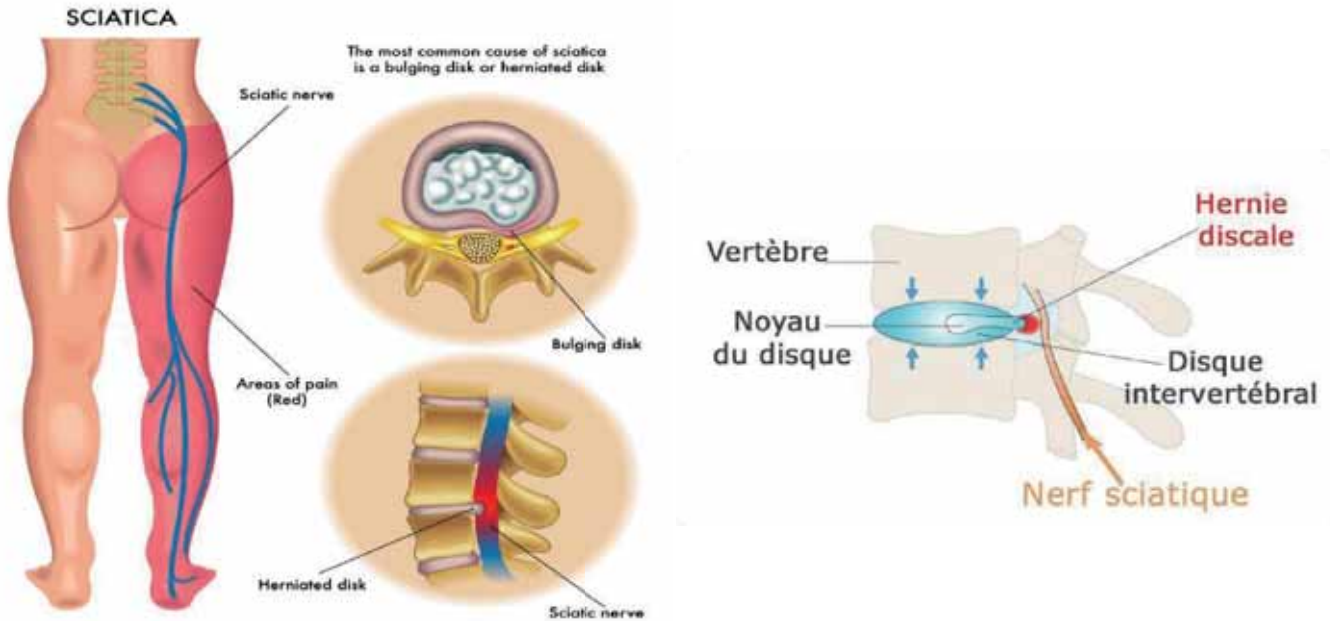


# HERNIE DISCALE DORSO-LOMBAIRE

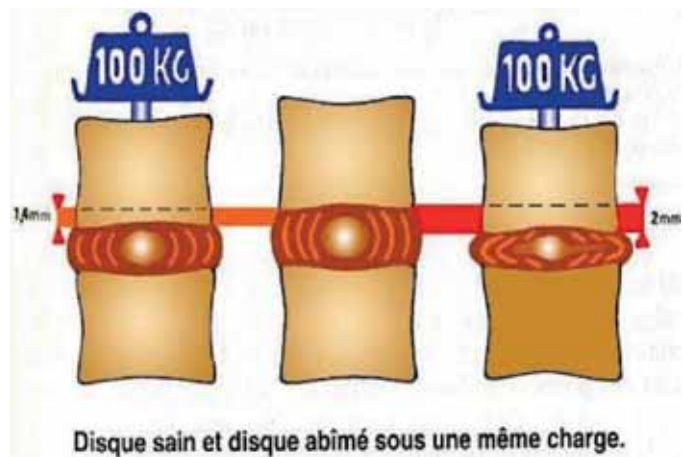
••• Par Pre Nebchi Leila, Dr E.kalem, A.F Nedjahi



**Résumé :** L'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, 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.



La charge pour le dos est x 5

## Introduction

La hernie discale lombaire (HDL) constitue un motif fréquent de consultation, qu'elle soit urgente ou semi-urgente. Le médecin se doit de reconnaître la symptomatologie avec atteinte radiculaire 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.<sup>1</sup> La prévalence, 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 hernie discale lombaire.<sup>2</sup> La population concernée par une hernie discale lombaire est majoritairement représentée dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 50 ans, avec un ratio homme/femme. 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. La hernie discale lombaire 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.<sup>3</sup>

## 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 structuraux 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.<sup>3</sup>

## 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 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.<sup>4</sup>

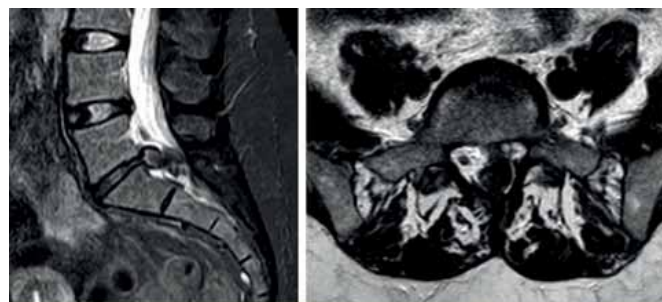


Figure 1 : IRM lombaire (séquences T2 sagittale et axiale) démontrant une déchirure de l'anneau fibreux L5-S1 avec déplacement du noyau pulpeux et herniation discale intracanaulaire (hernie discale séquestrée)

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.<sup>5</sup>

**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 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 manoeuvres, 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).

	Lombocruralgies		Lombosciatalgies		
	L2	L3	L4 <sup>1</sup>	L5	S1
<b>Trajet douloureux</b>	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
<b>Réflexes ostéo-tendineux (ROT)</b>			Rotulien	–	Achilléen
<b>Force</b>		Ilio-psoas et quadriceps	Releveurs du pied et extension de la cuisse	Releveurs de l'hallux et du pied	Extension du pied

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»).

Tests	Commentaires	Sensibilité	Spécificité
Lasègue ipsilatéral	Positif: douleur radiculaire reproduite < 60° d'élévation	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

Tableau 2 : Sensibilité et spécificité des observations cliniques

Red flags	Orientation diagnostique
1. > 50 ans ou < 20 ans 2. Antécédents oncologiques 3. Perte pondérale non désirée 4. Immunosuppression 5. Consommation de drogues IV 6. Fièvre, tremblements 7. Douleurs lombaires inflammatoires	Cancer, infection
1. Anamnèse traumatique 2. Utilisation prolongée de stéroïdes 3. > 70 ans	Fracture vertébrale
1. Incontinence urinaire ou miction par regorgement 2. Incontinence fécale 3. Anesthésie en selle 4. Faiblesse progressive des membres inférieurs	Syndrome de la queue de cheval

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

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

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

**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, traumatiques 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 régional, ou systémique, peut être ainsi faite. Le tableau 5 représente une liste comprenant les diagnostics différentiels les plus fréquents.



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

Tableau 5 : Diagnostics différentiels des douleurs lombaires basses

## 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.

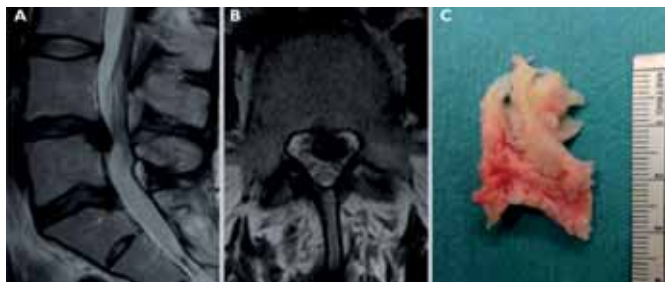


Figure 3 : IRM (séquences T2 en sagittale et axiale) d'une patiente de 29 ans, connue pour un statut postcure de hernie discale L5-S1 à droite, il y a trois ans

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.

## Principes du traitement

### 1) 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.<sup>9-12</sup> A ce traitement systémique est couplé un traitement topique, le plus souvent sous forme d'infiltration périradiculaire. Une telle infiltration peut soulager le patient de manière spectaculaire et demeure efficace jusqu'à 51% des cas de douleurs radiculaires.<sup>13</sup> 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 cristaalloïdes est élevé si l'infiltration est répétée au même endroit plus de quatre fois.<sup>12,14</sup>

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,<sup>15</sup> 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.<sup>15</sup> 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 prospectivement l'évolution des symptômes des patients traités soit par mesures conservatrices, soit par sanction chirurgicale.<sup>16-21</sup> 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.

## 2) 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.

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

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

\* Ces chirurgies sont considérées comme «urgentes».

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». <sup>22</sup> 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 ;<sup>23</sup> il en résulte une moindre dégénérescence discale, objectivée lors du suivi clinico-radiologique.<sup>23,24</sup> 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 : 10 000 (0,06%).<sup>25-28</sup> Le tableau 7 représente les risques les plus fréquents.

### 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%)

Tableau 7 : Risques et complications du traitement chirurgical LLA : ligament longitudinal antérieur ; LCR : liquide céphalorachidien.

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.

## 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 29,30. 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.<sup>31</sup> 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. A 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 céphalorachidien (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 dures.<sup>32-34</sup>

### 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.<sup>21</sup> 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).<sup>18</sup> 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.<sup>18,19, 21, 35-42</sup>

### Conclusion

Une hernie discale lombaire 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. 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 ■



\*Pre Nebchi Leila

EHS Salim Zemirli, El Harrach-Alger.

### Bibliographie

- BK. Cypress Characteristics of physician visits for back symptoms : A national perspective. *Am J Public Health* 1983 (73) [Medline]
- JW. Frymoyer Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988 (318)
- H Miranda E Viikari-Juntura R Martikainen EP Takala H. Riihimaki Individual factors, occupational loading, and physical exercise as predictors of sciatic pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002 (27)
- M \* Modic S Simons Lumbar degenerative disc disease. *Disease of the brain, head and neck, spine 40th International Diagnostic Course in Davos (IDKD). Milano* 2008
- PC. Milette Classification, diagnostic imaging, and imaging characterization of a lumbar herniated disk. *Radiol Clin North Am* 2000 (38) [Medline]
- ME Mayerhoefer D Stelzeneder W Bachbauer Quantitative analysis of lumbar intervertebral disc abnormalities at 3.0 Tesla : Value of T(2) texture features and geometric parameters. *NMR Biomed* 2012 (25)
- D Stelzeneder GH Welsch BK Kovacs 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) [Medline]
- D Stelzeneder A Messner M Vlychou Quantitative in vivo MRI evaluation of lumbar facet joints and intervertebral discs using axial T2 mapping. *Eur Radiol* 2011 (21) [Medline]

- MT Modic NA Obuchowski JS Ross Acute low back pain and radiculopathy : MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology* 2005 (237) [Medline]
- M \* Johnson JO Neher L. St Anna Clinical inquiries. How effective – and safe – are systemic steroids for acute low back pain ? *J Fam Pract* 2011 (60) [Medline]
- F \* Balague V Piguet J. Dudler Steroids for LBP – from rationale to inconvenient truth. *Swiss Med Wkly* 2012 (142) [Medline]
- RL Holve H. Barkan Oral steroids in initial treatment of acute sciatica. *J Am Board Fam Med* 2008 (21) [Medline]
- I \* Lazarou S Genevay M Nendaz Utilisation de corticostéroïdes lors de lomboradiculalgies par hernie discale. *Rev Med Suisse* 2011 (7)
- NA Manson MD McKeon EP. Abraham 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) [Medline]
- TS Eckel WS. Bartynski Epidural steroid injections and selective nerve root blocks. *Tech Vasc Interv Radiol* 2009 (12) [Medline]
- SJ \*\* Atlas RA Deyo RB Keller The Maine Lumbar Spine Study, part II. 1-year outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996 (21)
- S Johansson M Druzin D Haage MD. Wang The functional role of a bicuculline-sensitive Ca<sup>2+</sup>-activated K<sup>+</sup> current in rat medial preoptic neurons. *J Physiol* 2001 (532) [Medline]
- JN \*\* Weinstein TD Tosteson JD Lurie Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation : The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) : A randomized trial. *JAMA* 2006 (296)
- JN \*\* Weinstein JD Lurie TD Tosteson Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation : The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) observational cohort. *JAMA* 2006 (296) [Medline]
- JN \*\* Weinstein JD Lurie TD Tosteson Surgical versus nonoperative treatment for lumbar disc herniation : Four-year results for the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *Spine (Phila Pa 1976)* (2008)
- JD \*\* Lurie TD Tosteson AN Tosteson 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)
- M Barth C Weiss C. Thome Two-year outcome after lumbar microdiscectomy versus microscopic sequestrectomy : Part 1 : Evaluation of clinical outcome. *Spine (Phila Pa 1976)* (2008)
- GJ Bouma M Barth D Ledic M. Vilendecic The high-risk discectomy patient : Prevention of reherniation in patients with large anular defects using an anular closure device. *Eur Spine J* 2013 (22)
- SL Parker G Grahovac D Vukas 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) [Medline]
- LF \* Ramirez R Thisted Complications and demographic characteristics of patients undergoing lumbar discectomy in community hospitals. *Neurosurgery* 1989 (25) [Medline]
- RA Deyo DC Cherkin JD Loeser SJ Bigos MA. Ciol 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) [Medline]
- AF Pull ter Gunne DB Cohen Incidence, prevalence, and analysis of risk factors for surgical site infection following adult spinal surgery. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009 (34)
- JV Martinez Quinones J Aso F Consolini R. Arregui Long-term outcomes of lumbar microdiscectomy in a working class sample. *Neurocirugia (Astur)* 2011 (22)
- CB Dewing RH Riffenburgh S Kerr RE. Manos The outcomes of lumbar microdiscectomy in a young, active population : Correlation by herniation type and level. *Spine (Phila Pa 1976)* (2008)
- G Lonne TK Solberg K Sjaavik OP. Nygaard Recovery of muscle strength after microdiscectomy for lumbar disc herniation : A prospective cohort study with 1-year follow-up. *Eur Spine J* 2012 (21) [Medline]
- MN Stienen D Cadosch G Hildebrandt OP. Gautschi The lumbar disc herniation – management, clinical aspects and current recommendations. *Praxis (Bern 1994)* 2011 (100)
- P Guerin AB El Fegoun I Obeid Incidental durotomy during spine surgery : Incidence, management and complications. A retrospective review. 2012 (43) [Medline]
- Y Takahashi T Sato H Hyodo Incidental durotomy during lumbar spine surgery : Risk factors and anatomic locations : Clinical article. *J Neurosurg Spine* 2013 (18) [Medline]
- P McMahon M Dididze AD. Levi Incidental durotomy after spinal surgery : A prospective study in an academic institution. *J Neurosurg Spine* 2012 (17)
- WC Jacobs M van Tulder M Arts Surgery versus conservative management of sciatica due to a lumbar herniated disc : A systematic review. *Eur Spine J* 2011 (20) [Medline]
- WC Peul HC van Houwelingen WB van den Hout Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med* 2007 (356) [Medline]
- WC Peul HC Van Houwelingen WB Van den Hout Early surgery or a wait-and-see policy in lumbosacral radicular syndrome : A randomized study. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007 (151)
- F. Postacchini Results of surgery compared with conservative management for lumbar disc herniations. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996 (21)
- R Chou J Baisden EJ Carragee Surgery for low back pain : A review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009 (34)
- WB van den Hout WC Peul BW Koes 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) [Medline]
- MB Lequin D Verbaan WC Jacobs Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica : 5-year results of a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2013 (3) [Medline]
- HF Ryder C McDonough AN Tosteson JD. Lurie Decision analysis and cost-effectiveness analysis. *Semin Spine Surg* 2009 (21) [Medline]
- W Börm H Steiger L Papavero Leitlinie : Lumbaler Bandscheibenvorfall. *Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie* 2005