

### INFORMATIONS CLEFS

- Le traitement de la hernie discale est d'abord conservateur car l'évolution naturelle est spontanément favorable chez 70 à 80 % des patients.
- Le traitement médical utilise des antalgiques, des AINS, du repos relatif et parfois le lombostat. L'alitement n'est que rarement nécessaire.
- Une IRM (ou un CTscan) est nécessaire pour localiser la hernie si on envisage une infiltration ou une chirurgie.
- Les infiltrations péridurales peuvent donner de bons résultats (souvent temporaires) sur la radiculalgie. C'est un traitement conservateur mais interventionnel.
- La chirurgie (microdiscectomie) est indiquée dans les rares cas de syndrome de la queue de cheval ou de parésie significative, parfois chez le patient hyperalgique et le plus souvent en cas d'échec du traitement conservateur bien conduit durant six semaines.

### PRINCIPES DE TRAITEMENT

Il faut prendre les mesures adaptées, basées sur une évaluation clinique correcte et sur un bon diagnostic. Les différents tableaux cliniques, décrits dans le chapitre précédent, permettent de prendre les bonnes décisions.

### UN AUTRE DIAGNOSTIC ?

Il faut se rappeler que seulement 90 % des lombosciatiques sont causées par une hernie discale. Donc, même si l'on prend le tableau le plus caractéristique de la hernie discale (la lombosciatique aiguë), il faut envisager d'autres hypothèses, et certainement chez les patients qui présentent une suspicion ou un diagnostic de cancer, d'ostéoporose ou d'infection (Red Flags, Downie et al. 2013). Ainsi, on se méfiera d'un patient qui présente un antécédent de cancer, une perte de poids inexpliquée, de la température... Pratiquement, dans ces situations, on devra recourir plus vite à l'IRM (FIG. 1) et on inscrira le traitement dans une autre démarche si le diagnostic de compression radiculaire non discale se confirme (prise en charge globale du cancer, diagnostic et traitement d'une spondylodiscite, etc.).

### GRAVE OU PAS GRAVE ?

Parmi les tableaux cliniques liés à une hernie discale lombaire (lumbago, sciatique ou cruralgie, déficitaire ou non, syndrome de la queue de cheval, contracture, etc.), il existe bien sûr toute une gradation de gravité.

- La **douleur** peut s'évaluer par l'échelle de la douleur (= EVA lombaire et membres inférieurs), par la consommation de médicaments ou indirectement par l'évaluation des activités. Certaines hernies amènent le patient à être « hyperalgique ». Typiquement un patient est « frénétique », ne sachant pas rester assis cinq minutes ou, à l'inverse, il reste prostré, abattu par la douleur, et ne marche pas.
- La **perte de force** (ou parésie) se mesure par la cotation de 0 à 5 dans les différents groupes musculaires (voir bilan d'un blessé médullaire).



## TECHNIQUE DE TRAITEMENT

### PALIER 1 : LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

En l'absence de contre-indication sérieuse, les anti-inflammatoires sont très bien indiqués pour traiter les lomboradiculalgies. On prescrira par exemple du diclofenac 75 mg retard 2X par jour (voir 100 mg chez les patients corpulents) ou l'ibuprofène 600 3X par jour. Il faut d'office ajouter du paracétamol 1g 3 à 4x par jour. Dans certains cas, il est utile d'ajouter un antalgique morphinique de classe 2 : par exemple, Tramadol 50 mg 3 à 6x (ou Valtran gouttes 4x 20 gouttes, soit 50 mg). Le plus efficace est de proposer de prendre ce médicament à la demande, en fonction de sa douleur. Si le patient est très algique, on pourra exceptionnellement et quelques jours seulement utiliser un morphinique plus puissant (MS direct 10 mg) ou du valium 5 mg le soir, surtout s'il est alité.

Si la combinaison anti-inflammatoires et paracétamol peut être utilisée durant des semaines, on se méfiera de l'utilisation prolongée des morphiniques (spécialement sous forme de patches) ou des benzodiazépines.



**Figure 2**  
Antalgiques et AINS : Il faut traiter efficacement la douleur

### PALIER 1 : LOMBOSTAT ET REPOS

Chez le patient présentant une lombalgie significative, le port d'un lombostat peut soulager et rassurer le patient. Il faut donner la préférence à des ceintures à baleine, mais pas nécessairement faites sur mesure, et il faut que l'abdomen du patient s'y prête. On recommande généralement de porter le lombostat de 6 à 12 heures par jour. Ce type de contention n'a aucun effet significatif sur la musculature lombaire si son usage est limité dans le temps. Si un bilan IRM a été fait (ce qui n'est pas obligatoire), le lombostat est particulièrement indiqué en cas de fissure discale ou en cas de hernie centrale contenue. On estime que les lombostats stabilisent mal le niveau L5S1. Parfois, ils n'aident pas du tout.

Il n'est plus recommandé de mettre le patient souffrant de hernie discale au repos strict (Dahm et al. 2010). Certainement pas de l'aliter d'office des semaines durant. La majorité des patients doivent modifier ou arrêter leurs occupations professionnelles durant une période très variable. L'alitement peut aider certains patients qui ont très mal en position assise ou debout, mais d'autres préfèrent dormir semi-assis ou bouger sans cesse. En résumé : pas de dogme.



**Figure 3**  
Un lombostat est parfois utile, surtout si la lombalgie domine le tableau

## Imagerie médicale

Selon le schéma proposé à la figure 1, il est indiqué de faire un bilan d'imagerie afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hernie discale ou d'un autre diagnostic dans plusieurs situations :

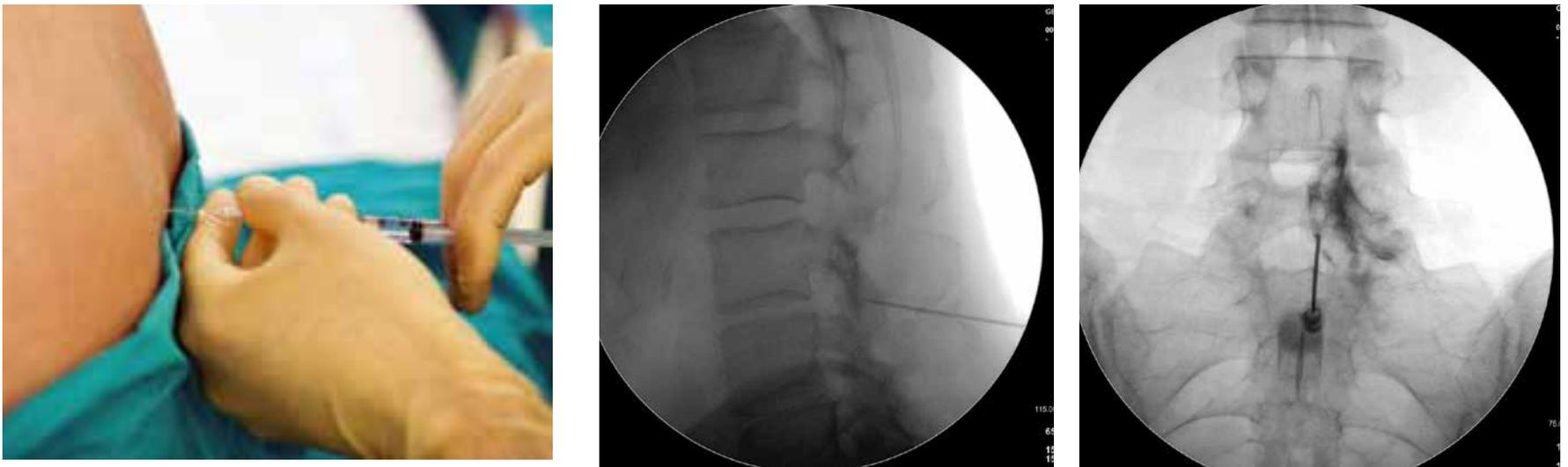
- s'il existe un contexte oncologique, ostéoporotique ou septique, dans des cas où le diagnostic clinique est douteux ;
- s'il y a suspicion de syndrome de la queue de cheval, c'est à dire si le patient a une plainte sphinctérienne ;
- s'il y a un déficit moteur (ou sensitif) au membre inférieur qui fait envisager une chirurgie (voir plus loin) ;
- en cas d'échec du traitement de la douleur par médicaments (pallier 1) si on envisage une infiltration, voire une intervention.

Si le CT scan a presque la même capacité diagnostique que l'IRM pour objectiver une hernie chez un patient non opéré, l'IRM sera préférée en suivant un principe

général de radioprotection. L'IRM est indiquée en cas de suspicion de cancer ou de sepsis, et surtout si le patient a déjà été opéré de la colonne.

## PALLIER 2 : INFILTRATIONS

Si les médicaments ne fonctionnent pas par voie générale, on peut les « déposer » localement. C'est tout le principe de l'infiltration quel que soit le site cible. Bien que l'efficacité de l'infiltration d'un corticoïde dépôt par voie péridurale ou radiculaire sélective soit encore discutée (Pinto et al. 2012), ce geste rend bien des services dans la pratique de tous les jours. Les infiltrations sont indiquées uniquement en cas de radiculalgie ou de parésie (sciatique ou cruralgie), beaucoup moins en cas de lombalgies. Une infiltration rachidienne est un acte « invasif léger » qui doit se faire en milieu hospitalier. Elle doit être réalisée par des gens expérimentés et avec minutie pour garantir la meilleure sécurité. L'indication doit être posée avec soin et motivée.



**Figure 4** - Les infiltrations péridurales permettent de placer un corticoïde dépôt dans le canal le long du sac dural et des racines. **À gauche et au milieu** - trajet de l'aiguille vers l'espace péridural. **À droite** - opacification de l'espace péridural et de l'émergence radiculaire.

Il est donc indispensable d'avoir obtenu un bilan IRM ou scanner pour confirmer le diagnostic et la topographie de la hernie discale lombaire. Ainsi, on n'infiltrera pas trois fois un patient en ignorant un cancer. Il est utile de revoir le patient après le geste technique pour évaluer l'évolution et la nécessité d'une deuxième voire troisième infiltration.

En collaboration avec le prescripteur, l'anesthésiste (ou le radiologue) choisira le site et la technique. Plutôt une infiltration dans l'espace péri-dural (éventuellement latéralisé) pour les hernies dans le récessus. Idéalement, il faut piquer le niveau où la hernie se trouve. On hésitera à piquer si la hernie réalise une sténose sévère du canal (avec disparition du liquide céphalo-rachidien autour des racines), car le risque de compression ou de ponction durale est majoré. De même, on prendra des précautions ou on s'abstiendra chez le patient diabétique car le corticoïde déposé induit une hyperglycémie et déséquilibre le diabète. En cas d'insuffisance cardiaque, un corticoïde sans propriété minéralocorticoïde sera préféré. Dans les rares cas où la hernie est foraminale ou post-foraminale (5 à 10 % des cas), les péri-durales sont inefficaces et on choisira judicieusement une infiltration radiculaire sélective, en territoire foraminal ou post-foraminal.

### PALLIER 3 : MICRODISCECTOMIE

La cure de hernie discale se pratique actuellement principalement par microdiscectomie. Le patient est installé sur le ventre sous AG, on aborde la lame et l'espace interlaminaire, on procède à une exérèse du ligament jaune, on écarte la racine concernée et on visualise la hernie (FIG. 5). On doit retirer le séquestre (séquestrectomie) et parfois décompresser le disque intervertébral en passant par l'orifice qui a donné lieu à la hernie (discectomie partielle). L'idée de base est de décompresser le sac dural et, le plus souvent, la racine qui reste toujours l'objet de toutes les attentions (dans l'indication et durant l'intervention). Il ne peut plus y avoir de tissus discaux au contact de la racine.

Voici les indications chirurgicales, par ordre de fréquence :

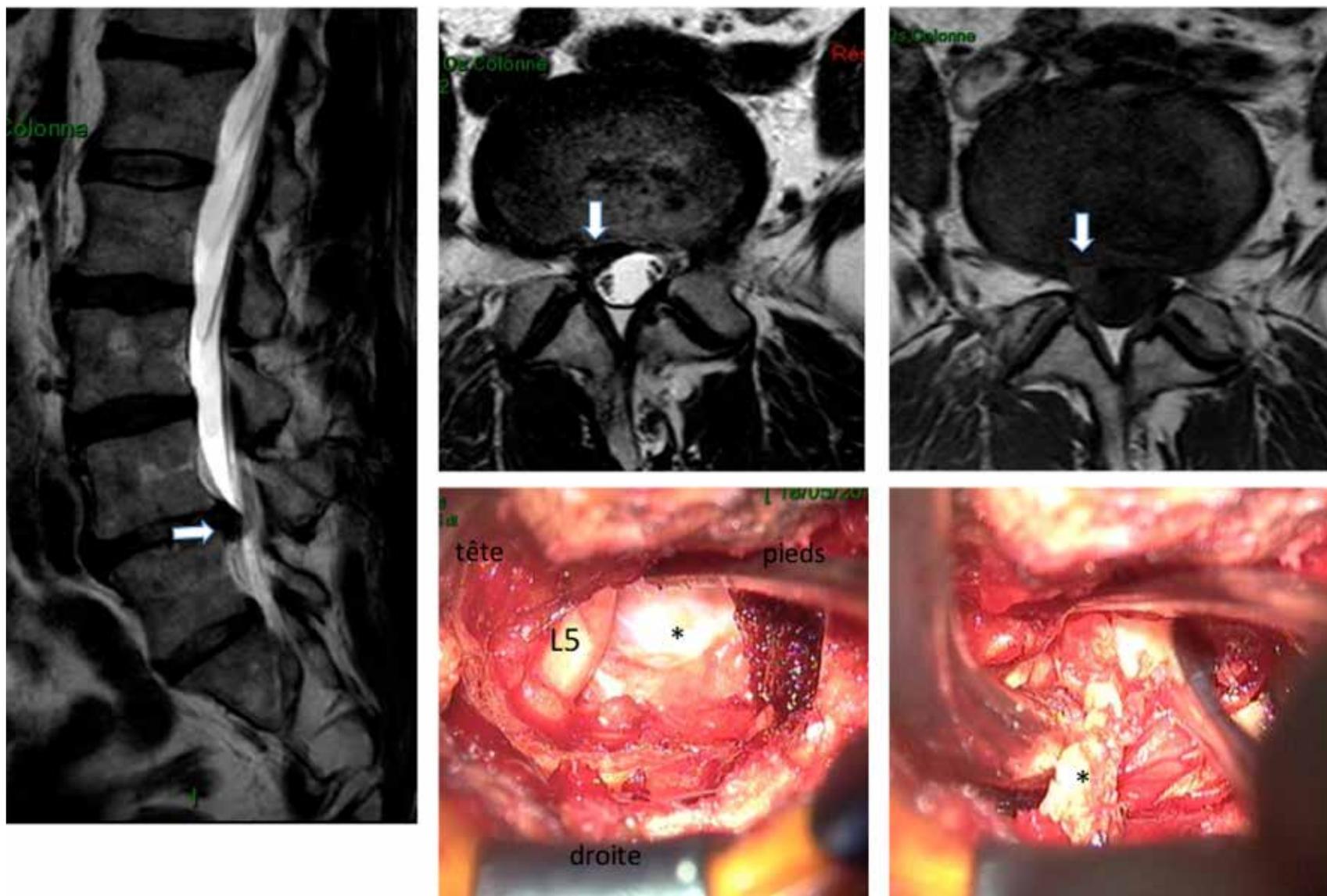
- l'échec du traitement conservateur avec des douleurs importantes dominant au niveau radiculaire depuis plus de six semaines ;
- le déficit moteur (a) soit sévère ( $\leq 3/5$ ), soit (b) n'évoluant pas bien, soit (c)

au niveau des fléchisseurs = S1 (L5 est mieux toléré). Dans ce cas, il convient d'intervenir dans le meilleur délai : (moins de 24h)\* ;

- le patient hyperalgique qu'on n'arrive pas à aider autrement est une indication relative ;
- le syndrome de la queue de cheval est aussi une indication classique, formelle d'intervenir en urgence.

\* Pour le déficit moteur le bénéfice comme le délai idéal reste sujet à controverse (Sharma et al. 2012) mais cette indication est communément admise dans la communauté médicale.

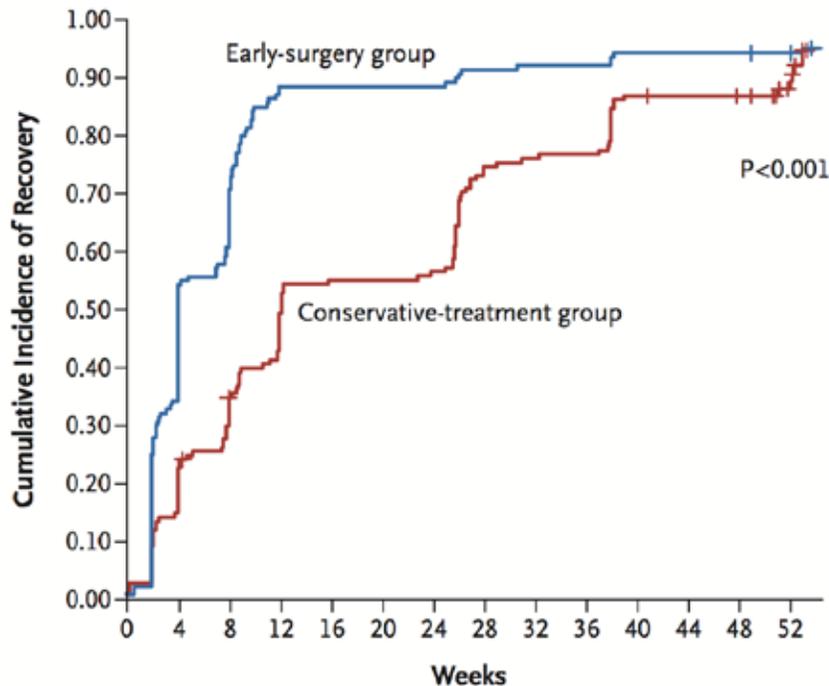
La bonne concordance entre l'anatomie observée à l'imagerie (quel niveau, quel côté, quelle racine) et la clinique (quel dermatome, quel côté, etc.) est cardinale dans l'indication chirurgicale. Il faut bien identifier la cible avant d'ouvrir. Par contre, en soi, la taille de la hernie importe peu. Ce sont ses conséquences cliniques qui importent.



**Figure 5** - À gauche et en haut, hernie discale L4-L5 droite très « classique ». En bas à gauche - vue sous microscope opératoire dans le canal rachidien. La racine L5 est écartée et un coton hémostatique est mis en aval. La hernie (\*) est bien visualisée, elle est incisée puis le séquestre (\* en bas à droite) est réséqué à la pince à disque.

## LE BON MOMENT POUR OPÉRER

Lorsqu'on envisage une cure de hernie discale, on doit savoir que le bénéfice majeur est de raccourcir la période douloureuse. C'est clairement démontré par plusieurs études, la meilleure étant celle de Peul et al. (NEJM, 2007). Le traitement conservateur de la douleur (palier 1 et 2) peut donc durer 6 semaines, ensuite il faut se décider et envisager l'intervention dans un délai bref.



**Figure 6** - Courbes de Kaplan-Meier de guérison chez des patients présentant une sciatique depuis 6 semaines sur hernie discale. Dans un groupe, les patients sont opérés rapidement et, dans l'autre, le traitement conservateur est prolongé autant que possible. On voit que 55 % des patients non opérés sont guéris après 12 semaines, contre presque 90 % de ceux qui ont été opérés rapidement. D'après Peul et al, N Engl J Med 2007.

## COMPLICATIONS

Les complications du traitement conservateur sont rares et limitées. Par contre, il existe quelques complications à la microdiscectomie. D'abord, le succès n'est au rendez-vous que dans 90 % des cas. Même en étant sélectif, certains patients sont déçus du résultat de l'intervention. Ensuite il y a de vraies récurrences. Cela arrive dans 5 % des cas. Il faut alors refaire un IRM.

Les complications opératoires de la microdiscectomie sont : la brèche durale qui impose 48 heures d'alitement strict, l'hématome post-op (très rare mais qui impose une reprise), la blessure radiculaire (liée aux manipulations tout autant qu'au statut pré-op, souvent réversible) et enfin l'infection. Le risque de discite bactérienne post-opératoire est très faible mais son diagnostic est difficile. En cas de suspicion de complication ou de récurrence, un IRM post-op (éventuellement avec injection de gadolinium) est indispensable.

## CAS NON ABORDÉS OU VARIANTES

Le tableau très rare de syndrome de la queue de cheval est incomplètement abordé ici, mais est couvert par une lecture complémentaire dans le chapitre sur le diagnostic. C'est une urgence chirurgicale vraie.

## RÉFÉRENCES

1. Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, Brand R, Eekhof JAH, Tans JTJ, et al. **Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica**. In N Engl J Med. 31 mai 2007 ;356(22):2245 2256.

*Cet article fait partie de la matière. C'est une étude exemplaire qui inclut 280 patients qui ont une forte sciatique malgré 6 semaines de traitement conservateur. 140 patients se voient proposer une intervention rapide (en-dehors les 2 semaines) et 95 % d'entre eux seront opérés. 140 patients se voient proposer la poursuite du traitement conservateur et une intervention si cela ne va vraiment pas (50 % seront quand même opérés). C'est la première stratégie qui est la plus efficace. à lire.*

2. Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RWJG, de Vet HCW, et al. **Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain : systematic review**. In BMJ. 2013 ;347:f7095.
3. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. **Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica**. In Cochrane Database Syst Rev. 2010 ;(6) :CD007612.
4. Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, et al. **Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica : a systematic review and meta-analysis**. In Ann Intern Med. 18 déc 2012 ;157(12):865 877.
5. Sharma H, Lee SWJ, Cole AA. **The management of weakness caused by lumbar and lumbosacral nerve root compression**. In J Bone Joint Surg Br. nov 2012 ;94(11):1442 1447.