

Sciatique

B. De Bie, P. Jankiewicz

La douleur sciatique témoigne d'une souffrance radiculaire, tronculaire parfois médullaire. Ses étiologies sont multiples. L'origine radiculaire est de loin la plus fréquente en pratique, elle est l'expression dans 90 à 95 % des cas d'un conflit discoradiculaire constitué par une hernie discale le plus souvent postérolatérale : c'est la sciatique vertébrale commune. Dans le cadre de ces lombosciatiques dégénératives d'autres mécanismes sont possibles : compressions radiculaires par une arthrose zygapophysaire (articulaire postérieure), conflits dans le cadre des canaux rachidiens rétrécis ou encore d'un spondylolisthésis. À ces étiologies « mécaniques » s'opposent les sciatiques symptomatiques de nature infectieuse, inflammatoire ou tumorale, heureusement plus rares dont l'exploration, le traitement et le pronostic sont très différents.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Lombosciatique ; Sciatique paralysante ; Sciatique hyperalgique ; Sciatique tronquée ; Hernie discale ; Mesures préventives

Plan

■ Diagnostic d'une lombosciatalgie	1
Lombosciatique commune typique	1
Aspects symptomatiques de la lombosciatique commune	3
■ Examens complémentaires	4
■ Autres lombosciatiques mécaniques	4
■ Diagnostics différentiels	4
■ Indications thérapeutiques	5
Repos	5
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	5
Antalgiques	5
« Décontractants »	5
Infiltration épидurale	5
Mesures préventives	5

■ Diagnostic d'une lombosciatalgie

La démarche diagnostique devant une douleur « d'allure sciatique » doit être rigoureuse et systématique. C'est l'examen clinique initial qui doit établir le diagnostic positif et différencier les sciatiques mécaniques des radiculalgies symptomatiques.

En raison de sa fréquence, la lombosciatique commune dans sa forme typique et ses variantes sémiologiques servira de description.

Lombosciatique commune typique

L'association des circonstances de survenue et des signes cliniques confortée au besoin par la radiologie, est le plus souvent évocatrice et rend le diagnostic positif aisé.

Diagnostic positif

Interrogatoire

C'est un temps essentiel de l'examen du patient. Il établit les éléments du diagnostic positif, évoque au besoin un diagnostic différentiel et permet une meilleure adaptation de la thérapeutique.

Il précise ainsi :

- le contexte de survenue :
 - l'âge : rare avant 16 ans, plus fréquente entre 30 et 50 ans, elle peut s'observer chez des sujets plus âgés [1] ;
 - la profession en précisant les conditions de travail : nature et importance des contraintes physiques, condition des transports vers ou durant le travail, lien avec l'épisode actuel (accident de travail en particulier) ;
 - les antécédents de lombalgies et de lombosciatiques : nombre et fréquence des crises, traitements reçus durant ou après ces épisodes ;
- les caractères de l'épisode en cours :
 - date d'apparition de la douleur ;
 - circonstances déclenchantes : effort de soulèvement, faux mouvement, traumatisme direct ;
 - mode de début : brutal ou progressif, immédiat après le facteur déclenchant ou après un intervalle libre de quelques jours ou quelques semaines, parfois comblé par des lombalgies aiguës ou subaiguës ;
 - le siège de la lombalgie et le trajet caractéristique de la douleur sciatique sont précisés, le patient désigne à l'aide d'un doigt les territoires douloureux. Il s'agit d'une douleur monoradiculaire de topographie S1 (fesse, face postérieure de la cuisse et du mollet, talon ou gouttière rétromalléolaire externe, plante ou bord externe du pied, trois derniers orteils) ou L5 (fesse, partie postéroexterne de la cuisse, face externe de la jambe, dos du pied, premier et parfois

deuxième orteils). Souvent le trajet douloureux est incomplet mais des dysesthésies plus distales complètent la douleur proprement dite ;

- l'intensité de la douleur est variable d'un sujet à l'autre mais habituellement augmentée par la toux, l'éternuement et la défécation ;
- le rythme de la douleur est typiquement mécanique : diurne, déclenchée ou majorée par la marche, la station debout ou assise, les efforts, mais diminuée par le décubitus ;
- son évolution peut être stable ou au contraire régressive spontanément ou sous l'effet du traitement.

La recherche avec tact et précision de troubles génitosphinctériens ne doit jamais être négligée.

L'interrogatoire précise en outre l'absence de signes généraux (fièvre, amaigrissement), les antécédents généraux et les traitements habituels du patient car ils pourront influencer les explorations complémentaires et les traitements à venir.

À son terme l'interrogatoire a mis en évidence dans cette forme typique une douleur monoradiculaire de topographie sciatique L5 ou S1, mécanique, impulsive, survenant chez un patient d'âge moyen en bon état général ayant connu des antécédents de même type.

Examen clinique

Il doit être mené de façon systématique chez un patient dévêtu. Il est adapté dans son déroulement à l'intensité de la douleur ressentie.

Dans un premier temps, l'examen est pratiqué debout l'examineur appréciant ainsi :

- la statique spontanée du bassin en prenant pour repères les épines iliaques antérosupérieures et les crêtes iliaques ;
- l'équilibre rachidien dans le plan sagittal (appréciation de la cyphose thoracique et de la lordose lombaire) mais surtout dans le plan frontal, recherche d'une attitude antalgique spontanée directe (du côté douloureux) ou indirecte avec déformation en baïonnette du rachis. Parfois l'attitude antalgique se révèle par une perte de la lordose lombaire ;
- les mobilités actives, en sachant qu'il existe de nombreuses variations individuelles surtout fonction de l'âge. La souplesse antérieure du rachis est mesurée par l'indice de Schober qui mesure lors de la flexion antérieure l'accroissement de la distance entre deux points situés respectivement à la hauteur des épines iliaques postérosupérieures et 10 cm plus haut. En pratique, le patient se penche vers l'avant pour tenter de toucher ses pieds avec les doigts (on s'assure de l'absence de flexion des genoux). Normalement lors de la flexion, la lordose lombaire disparaît et l'indice de Schober passe de 10 à 15 cm. Une attitude antalgique si elle n'est pas spontanée peut être révélée lors de cette manœuvre. Cet indice est plus rigoureux que la mesure de la distance doigt/sol qui fait intervenir la souplesse des hanches et des ischiojambiers.

L'extension du rachis est appréciée de la même façon par la mesure de l'indice de Schober inversé : normalement la distance entre les deux repères passe de 10 à 8,5 cm.

Les mobilités en inflexion latérale et en rétropulsion sont étudiées en appréciant l'harmonie des mouvements et en recherchant l'apparition d'une « cassure ».

Au cours de ces manœuvres, l'examineur note si une douleur lombaire, lomboradiculaire ou parfois radiculaire seule est réveillée.

Une appréciation sommaire de la force musculaire est effectuée dès ce stade en demandant au sujet de se mettre sur les talons (déficit de la loge antéroexterne par atteinte de L5) puis sur la pointe d'un pied puis de l'autre (déficit du triceps sural d'origine S1), enfin de s'accroupir sur les deux membres puis un seul pour déceler une parésie du quadriceps (atteinte crurale associée).

Enfin, la recherche attentive d'une anomalie cutanée (fistule borgne médiane, touffe de poils, tuméfaction angiomateuse ou lipomateuse, taches café-au-lait ou molluscums) peut révéler une malformation neurovertébrale ou une maladie de Recklinghausen.

Tableau 1.
Bilan musculaire analytique.

On teste habituellement les différents groupes musculaires par mobilisation contre résistance manuelle. Leur force est étudiée comparativement à l'autre côté, considéré comme sain, de façon à déceler des déficits même peu importants et évaluée, selon la cotation internationale, de 0 à 5 :

0 = paralysie totale

1 = contraction minimale sans possibilité de mouvement

2 = amplitude complète du mouvement sans l'élément de la gravité

3 = amplitude complète du mouvement contre la gravité, mais sans résistance supplémentaire ajoutée

4 = amplitude complète du mouvement contre la gravité, avec une résistance supplémentaire ajoutée

5 = force musculaire normale

Cette cotation est importante à connaître et à savoir pratiquer car elle est un élément majeur pour évaluer l'importance et, par là même, le pronostic et ses conséquences thérapeutiques d'un déficit musculaire au cours d'une lombosciatique.

Ensuite l'examen clinique est pratiqué en position couchée d'abord en décubitus dorsal puis ventral. Il individualise deux éléments importants du diagnostic : le syndrome dure-mérien et le syndrome radiculaire.

Syndrome dure-mérien. La manœuvre de Lasègue cherche à provoquer la douleur spontanément ressentie. Sa signification est importante, ce test doit être effectué avec la plus grande rigueur de façon comparative en débutant du côté sain. Après avoir apprécié la mobilité des hanches et la souplesse des ischiojambiers on élève progressivement le membre inférieur maintenu en extension. La douleur ainsi provoquée peut être lombaire, lombofessière ou radiculaire. On note si ce réveil douloureux est controlatéral, homolatéral ou bilatéral ainsi que l'angle d'apparition de la douleur (au-delà de 80° le test perd toute sa valeur). Cette manœuvre peut être sensibilisée par la flexion passive concomitante du cou ou par la dorsiflexion passive du pied. On apprécie ainsi la sévérité du conflit puis son évolution.

La flexion du cou (manœuvre de Brudzinski) peut également provoquer une douleur lombaire ou radiculaire.

Syndrome radiculaire. Deux ordres de signes sont recherchés : les signes neurologiques déficitaires utiles au diagnostic (en vérifiant leur cohérence avec les données de l'interrogatoire) et les signes révélant une complication éventuelle (paralysie radiculaire vraie ou souffrance de la queue de cheval).

L'examen neurologique étudie la force musculaire segmentaire, la sensibilité, les réflexes ostéotendineux. Il doit toujours être comparatif avec le côté opposé car les signes déficitaires sont habituellement discrets.

Sur le plan moteur, l'étude se fait de façon analytique en suivant les cotations habituelles du testing (Tableau 1). On commence habituellement par le segment distal en étudiant successivement :

- au pied : l'extenseur commun des orteils (L5), l'extenseur propre du gros orteil (L5), les péroniers latéraux (L5 et S1), le triceps (S1), le jambier antérieur (L4 et L5) ;
- au genou : le quadriceps (L3 et L4), les ischiojambiers (S1) ;
- à la hanche : le moyen fessier (L5), le grand fessier (L5 et S1), le psoas (L2 et L3).

Sur le plan sensitif, on recherche une hypoesthésie à tous les modes (plus fréquente qu'une anesthésie vraie) dans les territoires de L1 à S5. Elle est parfois remplacée par une hyperesthésie. Une hypoesthésie de la face antéroexterne de la cheville, du dos du pied et surtout du premier espace interdigital signe une souffrance L5 alors que l'atteinte de S1 intéresse la moitié externe de la plante et le bord externe du pied.

L'étude des réflexes ostéotendineux est également comparative : réflexe rotulien (L3.L4) et réflexe achilléen (S1). Il n'existe pas de réflexe ostéotendineux sous la dépendance de L5.

Le bilan neurologique sera complété, surtout si l'on craint une lésion médullaire, par l'étude des réflexes cutanéoplantaires, cutanéobdominaux, crémastériens.

L'examen en décubitus ventral permet essentiellement la recherche d'un syndrome focal constitué par la présence de points douloureux osseux (épineuses), articulaires (articulations zygapophysiales), ligamentaires (ligaments interépineux, ligaments iliolumbaux, etc.), musculaires ou nerveux (branches postérieures des nerfs rachidiens en particulier de l'étage dorsolumbaire). Parfois la palpation paravertébrale réveille la douleur radiculaire : c'est le signe de la sonnette.

Enfin, dans tous les cas un examen clinique général doit être entrepris.

Au terme de l'examen physique, dans cette forme typique de conflit discoradiculaire, un tableau clinique caractéristique doit se dessiner. Il associe les signes d'irritation dure-mérienne (signe de Lasègue) aux signes déficitaires monoradiculaires.

Ces éléments associés de façon cohérente aux données de l'interrogatoire permettent alors d'affirmer l'existence du conflit discoradiculaire, sa topographie, d'apprécier la gravité de l'atteinte, de définir ainsi les examens complémentaires qui seront effectués et d'appliquer la thérapeutique la mieux adaptée.

Aspects symptomatiques de la lombosciatique commune

Ces aspects réalisent suivant les cas de simples nuances sémiologiques ou de véritables formes cliniques.

Nuances sémiologiques

Dans 25 à 50 % des cas manquent soit le traumatisme déclenchant soit des antécédents plus ou moins lointains du même ordre (lumbago, lombalgies chroniques ou encore des poussées de lombosciatique).

Sur le plan de la clinique, l'absence de toute note lombalgique associée à la douleur radiculaire est possible mais peu habituelle. Le rythme typiquement mécanique de la douleur peut faire défaut dans 20 % des cas environ avec une recrudescence des douleurs lors du décubitus et parfois une recrudescence nocturne surtout si la douleur est intense. L'attitude antalgique qui n'est parfois révélée que lors de la flexion antérieure du rachis peut être absente. Le signe de Lasègue n'est que très exceptionnellement absent, de même qu'une diminution ou une abolition du réflexe achilléen dans les sciatiques S1.

Une grande prudence s'impose alors et une analyse sémiologique poussée est nécessaire avant d'affirmer le caractère discal de la douleur.

Formes cliniques

Sciatiques paralysantes et sciatiques hyperalgiques : deux urgences thérapeutiques

Les sciatiques hyperalgiques se définissent par des douleurs intenses qui ne peuvent être soulagées par les antalgiques majeurs. Le malade est confiné au lit, l'examen est presque impossible. Elles font craindre une sciatique symptomatique. Elles obligent lorsque la douleur ne cède pas rapidement en quelques jours à poser une indication chirurgicale rapide après la recherche du conflit par un examen tomodensitométrique (TDM).

Les sciatiques paralysantes représentent une autre urgence thérapeutique.

Une lombosciatique est paralysante si le déficit musculaire est coté entre 3 et 0 (Tableau 1). Cette forme compliquée est rare (1 à 3 % de l'ensemble des sciatiques vertébrales communes) et doit être distinguée d'une simple parésie notamment du releveur du gros orteil dont la signification péjorative n'est pas la même. L'épisode débute en règle générale comme une lombosciatique banale (parfois hyperalgique) et après quelques heures parfois plusieurs jours apparaît brutalement ou de façon plus progressive un déficit moteur. Une amélioration brusque de la douleur peut être constatée dans la moitié des cas : c'est la surveillance clinique régulière d'un patient prévenu de cette possible évolution qui permet un diagnostic rapide.

La topographie du déficit est le plus souvent L5, plus rarement S1, les formes biradiculaires ne sont pas rares.

On en rapproche le syndrome de la queue de cheval. Les troubles sphinctériens urinaires le plus souvent, anaux parfois, surviennent dans le cadre d'une sciatique monoradiculaire ou bilatérale, leur installation peut être brusque et complète ou plus progressive et précédée de manifestations variées. La rétention urinaire si elle est complète est indolore, les autres patients ont des mictions perturbées demandant un effort de poussée abdominale. Dans trois cas sur cinq il existe un trouble de l'érection chez l'homme. L'examen retrouve une hypoesthésie périnéale, une hypotonie du sphincter anal et, fréquemment associés, des signes déficitaires des membres inférieurs.

L'indication opératoire en urgence n'est pas discutée lors d'un syndrome de la queue de cheval mais est plus nuancée devant une sciatique paralysante. Les facteurs pronostiques sont utiles à la décision : ce sont l'âge, la persistance des douleurs, la topographie du déficit, le délai d'apparition. Ainsi, une bonne récupération postchirurgicale peut être attendue si l'âge du patient est au-dessous de 60 ans, si une douleur persiste après l'installation du déficit et que son installation est tardive selon une topographie monoradiculaire. Cependant une récupération d'un déficit reste possible hors de ces conditions [2].

Quelles que soient les décisions thérapeutiques immédiates, un diagnostic topographique précis de la lésion causale est indispensable. La radiographie standard (limitée à un grand cliché de face et de profil) est systématique pour écarter une tumeur ou une infection ostéoarticulaires et identifier une possible anomalie transitionnelle. Une sciatique paralysante rend nécessaire et suffisante la pratique d'une TDM, le niveau du conflit étant prévisible cliniquement, dans les cas rares d'examen négatif une sacco-radiculo-myélographie (SRM) ou une résonance magnétique (IRM) sont réalisées selon la disponibilité de ces examens éventuellement après la réalisation d'un électromyogramme (EMG) s'il existe un doute sur l'organocité ou la nature radiculaire du déficit. Le syndrome de la queue de cheval fait préférer soit la réalisation d'une SRM avec basculage permettant l'examen de la partie basse de la moelle, soit d'une IRM.

Sciatiques à topographie dépassée

Il faut distinguer les sciatiques à bascule représentant une simple variante de la radiculalgie commune de la sciatique bilatérale qui doit faire rechercher un syndrome de la queue de cheval et craindre une sciatique symptomatique. Quatre pour cent des sciatiques communes se présentent ainsi comme conséquence d'une hernie bilatérale ou d'une volumineuse hernie médiane ; la douleur prédomine souvent d'un côté avec un signe de Lasègue bilatéral et une attitude antalgique vers le côté le moins douloureux.

La crurosciaticité est une éventualité relativement fréquente et se traduit par une irradiation concomitante de la douleur à la face antérieure de la cuisse parfois associée à une diminution ou une abolition du réflexe rotulien. Elle est expliquée par la présence d'une hernie discale à l'étage L3-L4 ou par une hernie foraminale L4-L5 [3].

Sciatiques tronquées

Au cours des lombosciatiques hautes la douleur ne descend pas au-dessous du genou, en l'absence de signe déficitaire le diagnostic topographique n'est pas possible. Il faut éliminer une pathologie régionale, en particulier de la hanche, ou un syndrome des facettes articulaires postérieures dont la sémiologie est en général bien différente [4].

Les sciatiques basses où la douleur reste localisée à la jambe ou au pied sont bien moins fréquentes mais posent des problèmes de diagnostic positif ardu. La recherche d'une double compression (rachidienne et col du péroné) doit être faite au moindre doute par un EMG.

La claudication radiculaire intermittente est une forme clinique particulière. La douleur se résume à une radiculalgie survenant à la marche avec un périmètre de marche souvent constant, cédant au repos et récidivant lors de la reprise de la marche. Les signes rachidiens sont habituellement au second plan, voire absents.

Formes suivant le terrain

Sciatique du sujet jeune [5]

Elle est exceptionnelle avant l'âge de 16 ans. Le traumatisme initial est souvent important mais manque dans près de la moitié des cas (le rôle d'une dystrophie vertébrale de croissance est alors évoqué). Le tableau clinique peut être identique à celui rencontré chez l'adulte mais certaines particularités sont à l'origine de formes trompeuses : la douleur radiculaire est souvent atténuée contrastant avec l'importance des troubles statiques (raideur majeure, grosse attitude antalgique, disparition ou inversion de la lordose physiologique) alors que les signes d'examen restent évocateurs. Les radiographies standards sont, en dehors des troubles statiques, le plus souvent normales. Enfin, le traitement médical est moins efficace, le recours à la chirurgie étant nécessaire plus fréquemment.

Sciatique commune après 60 ans [6]

Elle ne semble pas rare (entre 6 et 16 % des lombosciatiques opérées). Un traumatisme déclenchant et un début brutal sont assez souvent retrouvés bien que moins fréquemment que chez les malades plus jeunes. L'atteinte de la racine L5 semble plus fréquente mais le trajet est souvent atypique ou mal précisé. L'impulsion à la toux est plus rare. Les signes rachidiens et la manœuvre de Lasègue sont plus inconstants alors que les signes moteurs sont plus souvent présents. La plupart du temps une discarthrose étagée est visible sur les clichés standards.

Formes anatomiques

La localisation et le type anatomique de la hernie discale peuvent avoir une influence sur la présentation clinique. Ces particularités doivent être connues afin de ne pas égarer le diagnostic.

Hernie discale exclue [7]

Elle se définit anatomiquement par la perte de contact entre le fragment hernié et le disque. S'il n'existe aucun signe clinique de certitude, des signes de forte présomption, bien qu'inconstants, peuvent être retrouvés : caractère hyperalgique de la lombosciatique, son aggravation en cyphose lombaire, atténuation des signes lombaires alors que la radiculalgie est inchangée ou aggravée, disparition de l'impulsivité à la toux, diminution brutale du signe de Lasègue et apparition récente de signes déficitaires sensitivomoteurs. Cependant, dans la plupart des cas le tableau clinique est celui d'une lombosciatique commune banale.

Hernies discales foraminale et extraforaminale [8, 9]

Ce sont des hernies latérales siégeant dans le canal de conjugaison (hernie foraminale) ou à l'extérieur de celui-ci (hernie extraforaminale). Comme pour les hernies exclues, il n'y a pas à proprement parler de tableau clinique propre, cependant certaines particularités cliniques peuvent les faire soupçonner : l'atteinte peut être biradiculaire, la douleur souvent intense à recrudescence nocturne, les signes lombaires peuvent être absents ou modestes, le signe de Lasègue est variable en intensité. Surtout, il existe une discordance d'étagé : c'est la racine sus-jacente à l'étagé discal incriminé qui souffre.

■ Examens complémentaires

Un tableau de lombosciatique commune typique n'impose dans un premier temps aucun examen complémentaire.

L'examen radiologique standard et les examens biologiques de routine (numération formule sanguine [NFS] et vitesse de sédimentation [VS]) sont cependant nécessaires après quelques jours ou quelques semaines si la douleur ne cède pas avec un traitement médical bien conduit. Le bilan radiologique comprend dans ces cas :

- un cliché de face dorso-lombo-pelvi-fémoral centré sur L4-L5 en incidence postéroantérieure pratiqué debout, les membres inférieurs en rectitude en légère rotation interne (De Sèze) ;
- un cliché de profil debout ;

- un cliché de face centré sur L5-S1 en antéropostérieur le rayon oblique ascendant dans l'axe du disque « enfant » le disque intervertébral.

Ces trois clichés suffisent pour explorer une sciatique discale commune dont l'examen radiologique est le plus souvent normal. Dans certains cas, les radiographies peuvent mettre en évidence la diminution de hauteur d'un ou plusieurs disques intervertébraux avec parfois associé un bâillement ou un pincement localisé de l'espace intersomatique. Elles permettent en outre de préciser des conditions anatomiques associées particulières : anomalie transitionnelle, scoliose, hyperlordose, pédicules courts, spondylolisthésis ou arthrose zygapophysaire associée.

Lorsqu'il existe un doute clinique sur le niveau de l'atteinte, l'existence sur la radio d'un seul espace de hauteur diminué peut orienter le diagnostic.

À ce stade initial, les autres examens radiologiques n'ont pas leur place. Cependant, deux circonstances différentes peuvent imposer la poursuite des explorations.

- Dès la période d'évolution initiale, si l'on soupçonne un diagnostic différentiel de la lombosciatique commune suggéré par des atypies clinique, biologique ou radiologique. Le choix des explorations complémentaires (TDM, examens de contraste, IRM) dépend alors des diagnostics évoqués. Sont à classer à part, les urgences neurochirurgicales : sciatique paralysante et syndrome de la queue de cheval qui nécessitent des explorations neuroradiologiques rapides (TDM, IRM).
- L'échec du traitement médical après un délai de 8 semaines impose un bilan lésionnel précis pour déterminer les différentes stratégies thérapeutiques possibles (chirurgie).

■ Autres lombosciatiques mécaniques

La lombosciatique dégénérative d'origine articulaire postérieure est volontiers chronique bien différente par rapport à la lombosciatique commune. Dans ce cadre, le canal lombaire rétréci est responsable dans les trois quarts des cas d'une claudication intermittente de la queue de cheval avec parfois la prépondérance d'une racine ; le syndrome du récessus latéral [10] se traduit par une claudication monoradiculaire. Dans ces deux cas le tableau clinique est très pauvre, voire normal. L'interrogatoire (douleur intermittente déclenchée à la marche ou à la station debout prolongée), la notion de terrain (patient de la cinquantaine au passé lombalgique) prennent alors tout leur intérêt. Un peu à part la survenue d'un kyste articulaire postérieur [11] développé à partir d'une articulation dégénérative est responsable d'une radiculalgie d'apparition progressive prenant parfois un caractère claudicant, la TDM (si les troubles persistent) découvre une image arrondie parfois finement cerclée appendue à l'articulation. Enfin, le spondylolisthésis par lyse isthmique congénitale ou plus fréquemment secondaire à une arthrose zygapophysaire (pseudospondylolisthésis) [12] responsable d'un tableau de radiculalgie chronique parfois à bascule sans signe déficitaire dans la plupart des cas, les clichés standards de profil et les obliques en double obliquité montrent la solution de continuité de l'isthme articulaire ou l'arthrose zygapophysaire.

■ Diagnostics différentiels

L'expression clinique de la radiculalgie conditionne en grande partie le champ des diagnostics différentiels.

En présence d'une lomboradiculalgie à révélation aiguë on discute :

- une cause tumorale par métastase rachidienne d'un cancer ostéophile (rein, bronches, thyroïde, sein, prostate...) parfois révélatrice avec des lomboradiculalgies inflammatoires, VS augmentée, hypercalcémie et marqueurs tumoraux parfois présents, lyse osseuse ou tassement vertébral sur les radiographies standards, hyperfixation à la scintigraphie osseuse par

hémopathie maligne (myélome) ou plus rarement une tumeur osseuse primitive. Parfois, il s'agit d'une tumeur intrarachidienne (neurinome, méningiome, épendymome) recherchée de principe devant une radiculaire à recrudescence nocturne avec VS normale. Les explorations neuroradiologiques (myélographie, TDM, IRM) seront effectuées au moindre doute ;

- une spondylodiscite : la lombalgie inflammatoire est prépondérante sur la sciatique, il existe une importante raideur rachidienne. Les examens biologiques révèlent un syndrome inflammatoire. Si un pincement discal avec érosions des plateaux n'est pas encore visible sur les radiographies standards, la scintigraphie montre une hyperfixation localisée ;
- un tassement vertébral post-traumatique ou plus souvent dans le cadre d'une ostéoporose (trauma minime).

Devant une lomboradiculaire chronique peuvent être évoqués en outre :

- une douleur projetée d'origine extrarachidienne (douleur ayant pour origine l'articulation coxofémorale, sacro-iliite, manifestation d'une artériopathie...) mais surtout d'origine articulaire postérieure [4] ;
- une lombosciatique « fonctionnelle » qui ne pourra être retenue qu'après élimination des autres étiologies.

■ Indications thérapeutiques [13, 14]

Une fois le diagnostic de lombosciatique commune établi et qu'une indication chirurgicale urgente est éliminée (sciatique paralysante ou hyperalgique) un traitement médical est entrepris.

Repos

Le repos sur un plan dur en position antalgique doit être impérativement obtenu. Sa durée et son caractère strict ou non sont fonction de l'intensité et de l'évolution de la douleur, le plus souvent de quelques jours à parfois 2 à 3 semaines. Le traitement médical est débuté dans le même temps en associant anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques et myorelaxants.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

La liste de ces produits est longue, les AINS étant divisés en plusieurs familles : pyrazolés, indoliques, dérivés arylcarboliques, oxicams et divers. Aucune étude n'a permis de mettre en évidence dans cette indication la supériorité d'une molécule sur une autre, le choix se fait en fonction des habitudes du prescripteur qui utilise les molécules qu'il maîtrise le mieux à l'exception cependant de la phénylbutazone dont les indications sont restreintes (spondylarthrite ankylosante).

La plupart des effets indésirables sont communs à l'ensemble de ces produits : irritation des muqueuses digestives, bronchospasmes, allergies cutanées, insuffisance rénale chez les sujets âgés déshydratés ou en coprescription avec les diurétiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, aggravation d'une insuffisance hépatocellulaire ou rénale. Ils sont contre-indiqués en cas de grossesse ou d'allaitement. L'association avec les anticoagulants, le lithium doit être évitée.

Les voies d'administration (per os, suppositoires, intramusculaire) sont équivalentes en efficacité et tolérance, la voie injectable si elle est choisie, doit cependant être limitée aux tout premiers jours de traitement.

Antalgiques

Ils sont systématiquement prescrits en association avec les AINS car renforçant leur action sur la douleur mais ils peuvent être utilisés seuls si ces derniers sont contre-indiqués. Le paracétamol seul, associé au dextropropoxyphène ou à la

codéine est le plus souvent prescrit. Une lombosciatique hyperalgique conduit à la prescription d'opiacés au moins les premiers jours.

« Décontractants »

On regroupe sous cette dénomination les myorelaxants qui dépriment la conduction synaptique (chlormézanone, thiocolchicoside) et les produits d'action centrale principalement de la famille des benzodiazépines.

En agissant sur la contracture musculaire ils améliorent la rigidité rachidienne mais imposent alors un repos strict pour éviter toute aggravation favorisée par la levée du verrouillage lombaire.

Habituellement la douleur cède en une dizaine de jours. L'échec du traitement de première intention (absence d'amélioration ou douleurs résiduelles invalidantes) conduit à la pratique d'infiltrations.

Infiltration épidurale

La réalisation d'infiltration épidurale nécessite un minimum de pratique [8, 15], mais est possible en consultation. Deux techniques sont utilisées : infiltration épidurale par voie haute interépineuse ou par le premier trou sacré. Les produits employés sont exclusivement ceux ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la voie sous-arachnoïdienne [16] (une brèche durale étant toujours possible) : cinq spécialités sont répertoriées dans le dictionnaire Vidal. Parmi ceux-ci l'acétate de prednisolone (Hydrocortancyl®) et l'acétate de dexaméthasone (Dectancyl®) sont les plus employés. Deux ou trois infiltrations peuvent être réalisées à un intervalle de 8 à 10 jours, l'échec de celles-ci pouvant faire discuter l'indication d'une éventuelle infiltration intradurale au cours d'une hospitalisation.

Mesures préventives

L'évolution favorable après traitement fait débiter des mesures préventives : mise en place d'une immobilisation par lombostat rigide pendant 4 semaines lorsque persistent des lomboradiculaires en position debout, reprise progressive des activités en particulier professionnelles (aménagement de poste), prise en charge kinésithérapique à distance de l'épisode aigu.

La persistance des douleurs après 2 à 3 mois d'un traitement médical bien conduit, ou leur réapparition dans un délai court conduit à discuter de l'opportunité d'un traitement chirurgical selon les données des explorations neuroradiologiques.

Le diagnostic de lomboradiculaire est le plus souvent aisé si l'on connaît sa forme typique mais également les multiples variantes sémiologiques et évolutives. Un traitement médical simple mais rigoureux dans sa mise en place et sa conduite permet dans la plupart des cas une guérison complète et stable.

Cet article a été publié pour la première fois en 1997 dans le traité d'Urgences.



■ Références

- [1] Berney J, Jeanpretre M, Kostli A. Facteurs épidémiologiques de la hernie discale lombaire. *Neurochirurgie* 1990;36:354-65.
- [2] Perrigot M, Courcier E, Held JP. Éléments cliniques du pronostic des sciatiques paralysantes opérées et non opérées. In: *La sciatique et le nerf sciatique*. Paris: Masson; 1980. p. 211-7.
- [3] Kunnert JE, Vautravers PH, Martin JC, Kieffer D, Lecocq J. Les hernies discales lombaires foraminales : particularités cliniques, électrologiques et thérapeutiques. In: *La hernie discale lombaire*. Paris: Masson; 1990. p. 125-32.
- [4] Mooney V, Robertson J. The facet syndrome. *Clin Orthop Relat Res* 1976;115:149-56.
- [5] Roucoules J, Cazalis P. Diagnostic et traitement des hernies discales du sujet jeune. In: *Actualités rhumatologiques*. Paris: Expansion Scientifique Française; 1992. p. 151-9.

- [6] Ziegler G, Bosque-Oliva A, Euller L. La sciatique commune après 60 ans. In: *La sciatique et le nerf sciatique*. Paris: Masson; 1980. p. 76-80.
- [7] Deburge A, Benoist M, Boyer D. Diagnostic des hernies discales exclues. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1982;**49**:677-81.
- [8] Maigne JY, Gourjon A, Maigne R. Taux de réussite des trois techniques d'injection épidurale. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1990;**57**:575-8.
- [9] Van Den Bergh R, Van Calenbergh F. Diagnosis of foraminal and extraforaminal lumbar disc herniation. *Acta Neurol Belg* 1990;**90**:140-8.
- [10] Cirik Y, Mikhael M, Tartington JA, Vick NA. The lateral recess syndrome. *J Neurosurg* 1980;**53**:433-43.
- [11] Hubault A, Bard M. Kystes articulaires vertébraux postérieurs. In: *Actualités rhumatologiques*. Paris: Expansion Scientifique Française; 1989. p. 149-62.
- [12] Edelson JG, Nathan H. Nerve root compression in spondylolysis and spondylolisthesis. *J Bone Joint Surg Br* 1986;**68**:596-9.
- [13] Renier JC, Roucoules J, Cazalis P. Diagnostic et traitement des hernies Bontoux-Carré E. Sciatiques ou lombosciatiques discales. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Appareil locomoteur, 15-840-C-10. 1984 : 12p.
- [14] Treves R. Les médicaments dans le traitement des hernies discales. In: *La hernie discale lombaire*. Paris: Masson; 1990. p. 153-8.
- [15] Vautravers PH, Vautravers MJ, Meyer JE. Prévention du risque septique dans les infiltrations péri- et intradurales. *Rhumatologie* 1993;**45**:123-8.
- [16] Jarrier I, Auvinet B, Ntsiba H. Infiltration péri-durale par voie interépineuse et complications neurologiques aseptiques : à propos d'un cas. *Rachis* 1993;**5**:29-34.

B. De Bie, Attaché en premier, service de rhumatologie.
 P. Jankiewicz, Praticien hospitalier, service de radiologie.
 Hôpital Robert-Ballanger, 93602 Aulnay-sous-Bois cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : De Bie B., Jankiewicz P. Sciatique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-160-A-10, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations