

Une situation où finalement la préférence du patient est décisive

Chirurgie versus traitement conservateur à long terme dans le traitement de la sciatique

Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica

Peul WP, van Houwelingen HC, van den Hout WB et al.
for Leiden-The Hague spine intervention prognostic study group.

N Engl J Med 2007;356:2245-56.

Contexte

L'incidence annuelle de la sciatique est estimée à 5/1 000 adultes dans les pays occidentaux. L'évolution naturelle de la maladie est le plus souvent favorable avec disparition des radiculalgies en 8 semaines⁽¹⁾.

La chirurgie discale est souvent préconisée pour les patients ayant une sciatique non guérie au bout de 6 semaines, mais la date optimale de cette chirurgie n'est pas connue. Le taux de recours à la chirurgie est très variable d'un pays à l'autre, très élevé par exemple aux États-Unis et aux Pays-Bas. Les recommandations néerlandaises préconisent une intervention chirurgicale si les douleurs persistent après 6 semaines.

Objectif

Dans les situations de radiculalgie sciatique persistant entre 6 et 12 semaines, mesurer la différence entre chirurgie précoce et traitement médical, sur la récupération d'un fonctionnement quotidien normal.

Population étudiée

283 patients néerlandais de 18 à 65 ans souffrant d'une sciatique invalidante confirmée par un neurologue et par une imagerie par résonance magnétique. Le neurochirurgien confirmait la corrélation entre les images et les signes cliniques. L'âge moyen était de 42 ans et il y avait plus de 90 % d'hommes.

Les patients ayant un syndrome de la queue-de-cheval, une paralysie musculaire, ou un handicap important pour se déplacer n'ont pas été inclus, ainsi que ceux ayant un antécédent de sciatique dans l'année précédente, un antécédent de chirurgie du rachis, de spondylolisthésis, de rétrécissement canalaire, de grossesse en cours ou de pathologie grave associée.

Méthode

Randomisation entre un groupe avec chirurgie précoce ($n = 141$) et un groupe avec traitement conservateur prolongé ($n = 142$) et chirurgie secondaire si nécessaire.

Dans le groupe chirurgie, les patients ont été opérés dans les 2 semaines suivant l'inclusion, sauf disparition totale des douleurs dans cet intervalle. La hernie discale était enlevée par abord latéral minimal avec ablation des débris de matériel discal dégénéré, en cherchant à décompresser la racine en souffrance et à réduire le risque de récurrence, sans chercher à réaliser une discectomie subtotale. La durée d'hospitalisation a varié en fonction de la mobilité du patient. Puis la rééducation a été poursuivie à domicile avec l'aide de rééducateurs utilisant un protocole standard de remise en condition. La reprise de l'activité professionnelle a eu lieu lorsque les patients s'en sentaient capables, selon leur métier.

Dans le groupe conservateur, les médecins généralistes ont suivi leurs patients en les informant du bon pronostic de la sciatique et de son évolution naturelle. La prescription d'antalgiques était fonction de la douleur et associée à une kinésithérapie si nécessaire. Si la sciatique persistait 6 mois après l'inclusion, si la douleur empirait, ou si un déficit neurologique apparaissait, une discectomie était proposée au patient.

Le critère principal d'évaluation associait l'incapacité fonctionnelle, l'intensité de la radiculalgie et la récupération globale perçue.

Les outils d'évaluation ont été : le questionnaire de handicap de Roland, une échelle visuelle analogique pour la douleur de jambe et le ressenti du patient sur sa récupération durant la première année. Les questionnaires ont été réévalués à 2, 4, 8, 12, 26, 38 et 52 semaines.

Les critères secondaires étaient évalués par un examen neurologique complet avec évaluation de la douleur à 8, 26, et 52 semaines ainsi qu'une évaluation fonctionnelle et économique et un questionnaire de qualité de vie (SF-36). Une puissance de 90 % avec $p < 0,05$ nécessitait 140 patients dans chaque bras de l'étude.

Résultats

Entre novembre 2002 et février 2005, 599 patients ont été contactés. Après consultation neurologique, 395 ont été sélectionnés et ont bénéficié d'une IRM de confirmation. À la deuxième visite, 283 patients avaient des douleurs persistantes avec image radiologique. Ces patients ont été randomisés en deux groupes ayant les mêmes caractéristiques de base.

Dans le groupe chirurgie précoce, sur les 141 patients assignés au départ, 16 ont guéri spontanément avant la chirurgie. 125 (89 %) ont subi une discectomie 2 semaines plus tard. Parmi ces patients opérés, 3,2 % ont été réopérés pour persistance de la douleur.

Dans le groupe traitement conservateur, sur les 142 patients initiaux, 55 (39 %) ont été secondairement opérés, en moyenne après 14,6 semaines, à cause de douleurs résistantes au traitement. 1,8 % d'entre eux ont eu une deuxième intervention.

Parmi tous les patients opérés des deux groupes, 1,6 % ont eu des complications :

2 déchirures de la dure-mère et un hématome intradural. Toutes ces complications ont régressé spontanément. Il n'y a eu aucune complication neurologique.

Le questionnaire de Roland a été favorable au groupe conservateur dans les 4 premières semaines. Puis, après 4 semaines, il a montré de meilleurs résultats dans le groupe chirurgie précoce, et notamment entre les 8^e et 12^e semaines. Cependant, les aires sous la courbe (ROC) ne montraient plus de différence à 1 an ($p = 0,13$). La disparition de la douleur de jambe a été plus rapide dans le groupe chirurgie précoce ($p < 0,001$).

La durée moyenne de récupération totale a été de 4 semaines (IC95 = 3,7-4,4) dans le groupe chirurgie et de 12 semaines (IC95 = 9,5-14,9) dans le groupe conservateur.

Dans les deux groupes, le taux de récupération totale a été de 95 % à un an, même si la différence était en faveur de la chirurgie jusqu'à la 36^e semaine. La récupération a été comparable pour les 55 patients du groupe conservateur ayant eu une chirurgie.

Résultat principal

Même si la disparition de la douleur est plus rapide dans le groupe chirurgie précoce versus traitement conservateur, le résultat est identique après 1 an d'évolution : 95 % des patients ne souffrent plus.

Commentaires

La principale question à se poser à la lecture de cet essai très pertinent est la suivante : au bout de combien de temps le patient sera-t-il ou veut-il être soulagé ? S'il peut attendre jusqu'à un an ou s'il s'oppose à l'idée d'être opéré, l'option traitement classique est aussi valable que la chirurgie. Si le patient veut un soulagement rapide... la chirurgie est intéressante.

Le traitement antalgique bien conduit, associé à une rééducation appropriée et une information claire du patient, est une alternative efficace et peu agressive.

« Tout vient à point à qui sait attendre », y compris la guérison !

Eugène CASTELAIN – UFR Lille

Références

1. Haute Autorité de Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Recommandation pour la pratique clinique. Février 2000.