

# Hernies discales : faut-il éliminer la chirurgie?

François Melançon, MD

## Le cas de Bruno

Vous suivez médicalement Bruno, un monteur de ligne professionnel, pour une hernie discale qu'il s'est faite en bâtissant son patio il y a quelques mois.

Comme il possède des assurances privées, il bénéficie de physiothérapie depuis son diagnostic. Cependant, les symptômes d'irradiation radiculaire perdurent, et il continue à souffrir d'une importante douleur à la jambe.

Son désir est de maintenant retourner au travail. Un de ses amis a été récemment opéré pour la même condition et il va très bien. Bruno a donc pris rendez-vous avec vous pour être dirigé vers un chirurgien.

**Le dirigez-vous en chirurgie ou lui suggérez-vous plutôt de continuer avec la médication et la physiothérapie?**

**Quels sont vos arguments?**



Le **Dr Melançon** est omnipraticien et a 18 années d'expérience en salle d'urgence. Il pratique maintenant en cabinet privé à Asbestos et en CLSC à Montréal. De plus, celui-ci travaille à l'élaboration d'une série de livres portant sur la vulgarisation médicale de la collection *Le petit médecin de poche*.

## Le mal de dos : un problème commun

Comme plus de 80 % des adultes souffriront d'une forme ou l'autre de maux de dos, ceux-ci constituent le pain et le beurre de bien des omnipraticiens : après le rhume, ils représentent la plainte la plus fréquente dans un bureau de médecin généraliste. La plupart de ces cas seront d'origine musculo-squelettique (la douleur myofasciale), mais, à l'occasion, le patient se présentera avec une sciatalgie classique.

### Les causes

La cause du problème de sciatique variera selon l'âge : les patients dans la trentaine et la quarantaine se présenteront pour un mal de dos aigu dû à un mauvais mouvement, et la cause de leur sciatique sera généralement une hernie discale.

Les patients plus âgés auront une présentation plus insidieuse habituellement causée par de la dégénérescence discale et de l'arthrose.

Les métastases constituent une cause plus rare, mais plus dangereuse de sciatalgie, surtout chez les patients plus âgés.

### Les signaux d'alarme

La plupart des gens guériront dans un délai de six semaines, quoi qu'on fasse. Néanmoins, certains signaux d'alarme ne doivent pas être ignorés :

- une augmentation de la douleur;
- des symptômes sensitifs;

- une incontinence urinaire ou fécale;
- de la faiblesse ou l'apparition de signes moteurs;
- une sciatique qui apparaît chez un patient plus âgé, surtout s'il a déjà eu le cancer. Chez un homme âgé avec un mal de dos rapidement progressif, un toucher rectal et un dosage de l'APS sont recommandés.

*Chez un homme âgé avec un mal de dos rapidement progressif, un toucher rectal et un dosage de l'APS sont recommandés.*

## L'investigation : doit-on utiliser l'imagerie?

Les techniques d'imagerie permettent de voir ce qui comprime le nerf sciatique, mais elles sont rarement nécessaires avant six semaines en raison de l'amélioration spontanée de presque toutes les sciatalgies dans ce délai.

Toutefois, à moins que le patient dispose d'une assurance privée qui paie pour les CT-scan et les résonances magnétiques en clinique privée, il serait prudent de prescrire les techniques d'imagerie tôt dans l'évolution de la condition du patient, puisque les délais pour obtenir l'un ou l'autre de ces tests sont de six à huit semaines. Il sera ainsi plus facile d'annuler l'examen que d'appeler le département de radiologie pour devancer un examen demandé tardivement.

## Le traitement

### L'étude SPORT

Comme on opère davantage les problèmes de sciatique aux États-Unis que partout ailleurs dans le monde, et ce, sans que les patients américains évoluent plus favorablement, on peut se demander si cette chirurgie est véritablement indiquée. Afin de trouver la réponse, l'étude SPORT (*Spine Patient Outcomes Research Trial*) a suivi l'évolution de 472 patients bons candidats à la chirurgie souffrant d'hernie discale. On a assigné, au hasard, la chirurgie à la moitié des patients, et l'autre moitié a reçu un traitement non chirurgical. Sept cent quarante-trois autres patients ont refusé d'être répartis aléatoirement et ont été suivis comme groupe témoin. Malheureusement, parmi les patients répartis, seulement la moitié de ceux dirigés en chirurgie ont effectivement été opérés, et 30 % des patients qui ont reçu le traitement conservateur ont finalement choisi d'être opérés. Ce taux de croisement a passablement compliqué l'analyse des résultats.

### Les résultats

Néanmoins, les auteurs de l'étude affirment qu'après trois mois les patients opérés présentaient un contrôle de la douleur et un fonctionnement général légèrement meilleur que les patients traités de façon conservatrice. Cependant, après deux ans, le bénéfice n'était plus si clair.

### Une étude valable?

On peut se questionner sérieusement sur la valeur des études où les patients connaissent à l'avance le traitement qu'ils recevront et dont les résultats sont surtout subjectifs (perception de la douleur). L'effet placebo est majeur. Un chirurgien qui commentait l'étude dans un éditorial a suggéré que la

seule façon de véritablement savoir si la chirurgie est plus efficace que le traitement conservateur consisterait à comparer des patients qui auraient véritablement subi la chirurgie avec d'autres qu'on aurait feint d'opérer. Évidemment, le recrutement des patients pourrait être assez difficile!

### Les risques et bénéfices

Dans cette étude, les risques liés à l'opération et ceux liés au traitement conservateur ont été très faibles. Quant à l'évolution clinique, à l'exception de rares cas présentant une détérioration clinique ou l'apparition de signes moteurs, les patients se sont améliorés quelle que soit l'approche choisie.

*Si vous pouvez obtenir une infiltration épidurale dans un délai raisonnable, cette approche donne souvent d'excellents résultats et permet aux patients de se mobiliser plus tôt et de recommencer leurs activités.*

### Alors, que choisir comme approche?

Une approche raisonnable sera, après un examen physique visant à éliminer une cause grave de sciatgie (surtout chez un patient plus âgé), de traiter de façon conservatrice en incluant :

- la physiothérapie
- l'analgésie
- les relaxants musculaires
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Étant donné les délais dans notre système public de santé pour obtenir de la physiothérapie, il serait

## Retour sur le cas de Bruno

L'absence d'évolution positive après quelques mois de physiothérapie est décevante, mais pas encore préoccupante. Comme il ne présente aucun trouble moteur ou sphinctérien, vous pourriez lui offrir de subir une ou deux épidurales et de continuer sa physiothérapie et sa médication.

Devant l'échec de cette approche ou si la condition de Bruno se détériorait, le diriger en neurochirurgie ou en orthopédie serait alors à considérer.

opportun que vous remettiez à vos patients une feuille résumant les exercices de base pour soulager et renforcer le dos.

Une période de repos très relatif est indiquée : la condition des patients qui gardent le lit progresse généralement très mal. Si vous pouvez obtenir une infiltration épidurale dans un délai raisonnable (on peut rêver!), cette approche donne souvent d'excellents résultats et permet aux patients de se mobiliser plus tôt et de recommencer leurs activités. Le but du traitement est de soulager le patient et de lui permettre un retour à ses activités habituelles.

La chirurgie n'est pas magique et ne devrait être réservée qu'aux patients présentant une évolution régressive ou une apparition de signes moteurs ou sphinctériens. *Clin*

