

## **Syndrome radiculaire lombo-sacré**

### **Nos interventions sont-elles utiles aux patients ?**

*Une question interpellante qu'on peut se poser quand on voit la panoplie d'interventions possibles dans le traitement du LRS (Lumbosacral Radicular Syndrom): médicaments per os, infiltrations, physiothérapie, radiofréquence, neurostimulation transcutanée... Un tour de la littérature sur fond d'Evidence-based medicine et les réponses du Pr Koen Van Boxem (St-Josef Kliniek, Bornem, Belgique et Maastricht Universitair Medisch Centrum, NL)*

La hernie discale est la cause la plus fréquente d'un syndrome radiculaire lombo-sacré (LRS), une entité clinique à la définition non consensuelle avec des synonymes comme sciatique, douleur lombaire ou encore compression d'une racine nerveuse. L'incidence est de l'ordre de 9 / 1.000 habitants et la prévalence moyenne de 5%. La guérison est spontanée dans 75% des cas avec un score VAS de la douleur qui passe de 70 à 15 dans un délai moyen de 13 semaines. Mais 25% des patients dont majoritairement des femmes ne voient pas d'amélioration, 40% ne répondent pas à un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne et 25% sortent du circuit du travail. Le conflit est disco-radriculaire, avec une compression mécanique de la racine nerveuse générant une douleur qui s'apparente fréquemment à une douleur neuropathique et dégrade la qualité de vie.

#### **Repos, médicaments et infiltrations**

De nombreuses études estiment aujourd'hui que le repos strict au lit longtemps conseillé n'est pas mieux que le maintien d'une activité physique dans la limite de la tolérance à la douleur (Goldberg, JAMA 2015). Le paracétamol est la plupart du temps insuffisant et donc souvent associé (tramadol, codéine). Les morphiniques sont réservés aux radiculalgies hyperalgiques. Les AINS trouvent leur justification compte tenu de la composante inflammatoire. Les anti-épileptiques de type pré-gabaline ou gabapentine ont leur place pour une composante neuropathique dans le LRS. La corticothérapie est justifiée soit per os, soit par infiltration épidurale par voie interlamellaire, transforaminale ou caudale avec visiblement une influence de la voie sur le résultat (voie TF > IL-caudale). La corticothérapie peut prévenir la chirurgie du moins à court terme (RR = 0,68). Globalement entre 1/3 et la moitié des patients éviteraient l'intervention (Bicket, Spine J 2015) mais avec un risque de complications neurologiques et d'infections au point qu'une demi-douzaine de sociétés savantes aux Etats-Unis et chez nous au Benelux (BPS, WIP ...) ont publié en commun un guide de prévention (Rathmell, Anesthesiology 2015). Les épidurales d'anti-TNF n'ont pas fait leurs preuves, celles d'anti-NGF n'ont qu'un effet limité.

#### **Physiothérapie, chirurgie, radiofréquence et neurostimulation**

La physiothérapie n'est pas toujours indiquée pendant la phase de lombo-radiculalgie hyperalgique, et les manipulations vertébrales sont à proposer avec prudence et même parfois contre-indiquées dans les sciatiques discales typiques. La chirurgie (dissectomie interlamellaire ou foraminale) est bénéfique à court terme, moins probant à long terme comparé aux épidurales, et à risques de phlébites, de discites infectieuses, lombo-sciatiques persistantes ou aggravation des lombalgies. La radiofréquence pulsée "non lésionnelle" à une température de maximum 42°, obtient 55% de succès en terme de réduction de la douleur neuropathique (DN4) et d'augmentation de la qualité de vie (Van Boxem, Pain Medicine 2015). La neurostimulation médullaire est à considérer comme la dernière étape de prise en charge des douleurs chroniques réfractaires. Les indications les mieux documentées sont le syndrome d'échec de la chirurgie du rachis, le syndrome douloureux régional complexe, l'ischémie critique des membres et l'angine de poitrine réfractaire selon le rapport du KCE<sup>1</sup>.

Dr Claude Biéva

Réf.

1. www.kce.fgov.be KCE Reports 189Bs. D/2012/10.273/78.

## La "Belgian Pain Society" décerne son Annual Award 2015

*Le Prix annuel de recherche 2015 a été attribué cette année au Pr Joris Vriens (Laboratoire de Gynécologie et Obstétrique expérimentale, KULeuven), pour son travail intitulé "TRPM3 as a Target for Treatment of Inflammatory Pain".*



*Le lauréat à droite en compagnie du Pr A. Berquin et du Pr A. De Laat*

Les canaux TRP (Transient Receptor Potential) sont une famille de canaux perméables aux cations au nombre de 7 selon les homologues de leurs acides aminés. Ils sont diversement activés par des messagers intra ou extracellulaires, des composés chimiques, des stimulations mécaniques ou un stress osmotique. Plus spécifiquement, TRPM3 appartient à la famille des canaux TRPM dits mélastatine. Ils forment un canal perméable aux  $\text{Ca}^{2+}$ , activé par les variations d'osmolarité extracellulaire, la déplétion des réservoirs calciques et la D-érythro-sphingosine. Du fait que TRPM3 est exprimé dans les neurones sensoriels, il constitue une cible thérapeutique. Une étude préliminaire a permis d'identifier une nouvelle molécule qui permet d'inhiber les canaux TRP, avec pour résultat une diminution de la douleur et de l'inflammation. C'est une approche intéressante. Des études antérieures ont montré que les canaux calciques CAV3,2 pouvaient être des médiateurs de l'effet antalgique du paracétamol; or ces canaux interviennent en aval d'une autre famille de récepteurs, les TRPV1.

Dr Claude Biéva

*Copyright Mediquality*

*The BPS is not responsible for the content of this article.*