

Efficacité des différentes options thérapeutiques invasives et non invasives dans la sciatique

Question clinique

Quelles sont l'efficacité clinique et la sécurité des différentes options thérapeutiques invasives et non invasives dans la sciatique de l'adulte ?

Contexte

Minerva a déjà analysé plusieurs études contrôlées qui comparaient aussi bien des interventions invasives que non invasives à un contrôle inactif ou à la prise en charge classique pour le traitement de la sciatique¹⁻³. Mais il existe peu d'études comparant différents traitements.

Analyse

Stefan Heytens et Tom Poelman, Vakgroep Huisartsge-
neeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Référence

Lewis R, Williams N, Matar HE, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of management strategies for sciatica: systematic review and economic model. *Health Technol Assess* 2011;15:1-578.

Résumé de l'étude

Méthodologie

Synthèse méthodique avec méta-analyse

Sources consultées

- banques de données électroniques telles que MEDLINE, EMBASE et CENTRAL ; sites Internet sur ce sujet ; registres d'études
- jusque décembre 2009 ; pas de restriction de langue.

Etudes sélectionnées

- critères d'inclusion : toute étude comparative (RCT, étude observationnelle) portant sur la sciatique ou le syndrome radiculaire lombosacré après constatation à l'examen clinique (douleur dans la jambe plus importante que dans le dos) ou confirmation par imagerie (preuve de l'irritation d'une racine nerveuse) chez l'adulte
- critère d'exclusion : sciatique provoquée par une tumeur
- 270 études ont finalement été incluses et réparties en 18 catégories de traitements, allant de 2 études sur la manipulation et l'éducation/des conseils à 62 études sur la chirurgie discale ; médiane par étude de 55 patients (opioïdes) à 217 patients (éducation/conseils).

Population étudiée

- adultes âgés en moyenne de 30 à 45 ans et présentant une douleur à la jambe, dans des études portant sur des traitements invasifs, le plus souvent confirmée à l'imagerie.

Mesure des résultats

- critères de jugement :
 - ~ amélioration globale, mesure dichotomique, exprimée en **Rapports de cote (RC)**
 - ~ soulagement de la douleur, mesuré sur une échelle de 0 à 100, exprimée en **différence moyenne pondérée (DMP)**
 - ~ amélioration du statut fonctionnel spécifique, mesurée à l'aide de différentes échelles, exprimé en **différence moyenne standardisée (DMS)**
 - ~ tout effet indésirable signalé
- méta-analyse conventionnelle des données à court terme (<6 semaines), à moyen terme (de 6 semaines à 6 mois) et à long terme (>6 mois)
- méta-analyse en réseau des données après 6 mois de suivi
- analyse de sensibilité après exclusion des études observationnelles.

Résultats

- amélioration globale statistiquement plus significative avec la chirurgie discale, les interventions peropératoires, la chimionucléolyse, les injections épidurales et les médicaments non opioïdes qu'avec le contrôle inactif (placebo ou intervention factice) ou la prise en charge classique (*voir tableau*)

- soulagement de la douleur statistiquement plus significative avec les injections épidurales qu'avec le contrôle inactif ou les opioïdes ; avec une médecine alternative (principalement l'acupuncture) qu'avec le contrôle inactif, les médicaments non opioïdes, les opioïdes, le repos au lit et l'éducation/les conseils ; avec les immunomodulateurs (principalement les anti-TNF) qu'avec le contrôle inactif, les médicaments non opioïdes, les opioïdes, le repos au lit et la kinésithérapie passive (*voir tableau sur le site web*)
- amélioration du statut fonctionnel spécifique statistiquement plus significative avec les immunomodulateurs qu'avec le contrôle inactif ou les médicaments non opioïdes
- les résultats de la méta-analyse conventionnelle sont très proches de ceux de cette méta-analyse en réseau.

Tableau. Résultats statistiquement significatifs pour différentes options thérapeutiques comparées à un contrôle inactif et une prise en charge classique quant à l'amélioration globale (RC avec IC à 95%).

Comparaison avec	Contrôle inactif	Prise en charge classique
Chirurgie discale	2,78 (1,37-5,59)	3,37 (1,7-6,8)
Interventions peropératoires*	4,72 (1,61-13,99)	5,72 (2,0-16,8)
Chimio-nucléolyse	2,00 (1,05-3,82)	2,42 (1,2-5,1)
Injection épidurale	3,09 (1,79-5,46)	3,75 (1,7-8,4)
Médicaments non opioïdes	2,55 (1,42-4,65)	3,09 (1,2-8,4)

* Interventions complémentaires au cours de la chirurgie discale, telles que l'utilisation de stéroïdes ou de greffes.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que leurs résultats viennent étayer l'efficacité des traitements actuels de la sciatique, tels que les médicaments non opioïdes, les injections épidurales de corticostéroïdes, la chirurgie discale et la chimionucléolyse. Par contre, ils ne soutiennent guère l'efficacité des opioïdes, qui sont pourtant souvent prescrits chez ces patients. Leurs résultats suggéreraient également une éventuelle efficacité de traitements auxquels on a moins souvent recours, comme l'acupuncture, et de traitements expérimentaux, tels que les immunomodulateurs anti-inflammatoires.

Financement de l'étude
Health Technology Assessment (HTA) programme
(National Institute for Health Research)
Conflits d'intérêt des auteurs
Non mentionnés

Considérations sur la méthodologie

Un point fort de cette synthèse méthodique est la recherche étendue dans la littérature : recherche des études publiées, des études non publiées et de la littérature grise. Pour augmenter la **validité externe** de leur recherche, les auteurs n'ont pas limité l'inclusion aux RCTs. Seulement 50% des études incluses sur la chirurgie discale, les immunomodulateurs et la chimionucléolyse sont des RCTs. Après chaque méta-analyse (en réseau), les auteurs ont effectué une analyse de sensibilité à partir des RCTs uniquement. La sélection et l'inclusion des études ont été effectuées par deux chercheurs indépendamment l'un de l'autre, de même que l'extraction des données. La qualité des études incluses a été évaluée par deux chercheurs indépendamment l'un de l'autre au moyen d'une liste de contrôle descriptive validée. Ainsi, on ne trouve pas une seule étude de bonne qualité sur la chimionucléolyse, les médicaments non opioïdes, les traitements alternatifs, la kinésithérapie passive, les immunomodulateurs ni sur l'éducation/les conseils, tandis que seulement 3% des études portant sur la chirurgie étaient de bonne qualité. En plus d'une méta-analyse classique, les auteurs ont également effectué une méta-analyse en réseau. Les méta-analyses en réseau ont l'avantage qu'elles permettent de comparer de manière indirecte deux traitements actifs lorsqu'on ne dispose que d'études comparant les deux traitements au même groupe témoin (tel qu'un placebo). Le désavantage de cette conception est cependant le grand nombre de conditions auxquelles elle doit répondre si l'on veut formuler des conclusions fiables⁴. Une comparaison indirecte de deux options stratégiques dans différentes populations peut ainsi conduire à des résultats biaisés si les caractéristiques des patients ont une influence sur les traitements à l'étude. Les auteurs reconnaissent eux-mêmes qu'il existe entre les études incluses une grande hétérogénéité clinique (différences quant aux critères diagnostiques, à la sévérité et la durée de la sciatique, aux traitements antérieurs, à la posologie, au dosage) et méthodologique (différences quant à la conception de l'étude, à la qualité de l'étude, à la mesure des résultats, à la durée du suivi) et que les résultats de la méta-analyse en réseau doivent donc être interprétés avec prudence.

Mise en perspective des résultats

Les chercheurs ont trouvé nettement plus d'études sur les interventions invasives (chirurgie, injection épidurale, chimionucléolyse) que sur les techniques non invasives (éducation/conseils, thérapies alternatives, manipulations et médicaments opioïdes). Le manque de preuves concernant les antalgiques et les antalgiques adjuvants dans le traitement de la sciatique a déjà été montré dans une méta-analyse antérieure⁵. Ici, l'on n'a trouvé qu'une seule étude avec permutation portant sur les opioïdes, qui montre que la morphine, comparée à un placebo, est sans effet. Devant le nombre restreint d'études pour certains traitements et le degré élevé d'hétérogénéité entre les différentes études (*voir plus haut*), nous sommes contraints à la prudence dans la formulation des conclusions de cette méta-analyse en réseau. Ce faisant, il a été possible de montrer un net avantage de la chirurgie (discectomie et interventions peropératoires) par rapport à la prise en charge classique. Contrairement aux autres résultats de la méta-analyse en réseau, ce résultat est encore statistiquement significatif après l'exclusion des études observationnelles. Il ressort aussi de la méta-analyse conventionnelle qu'à court terme, la chirurgie apporte un soulagement de la douleur plus important, comparativement à l'injection épidurale, et qu'elle apporte un soulagement de la douleur plus important et une amélioration fonctionnelle plus importante, par rapport aux médicaments non opioïdes. De plus, une revue Cochrane (2008) a montré chez les patients souffrant de sciatique une amélioration subjective plus importante après un an avec la discectomie qu'avec un traitement conservateur⁶. Les auteurs formulent eux-mêmes une

objection importante : dans les études antérieures, tout comme dans leur méta-analyse en réseau, l'efficacité des traitements est toujours évaluée sans tenir compte de la séquence éventuelle de leur application dans une approche par étapes. Dans la pratique, on commence en effet le plus souvent par des traitements non invasifs, et, en cas d'échec, on passe à des traitements plus invasifs. Cette méta-analyse ne permet pas non plus de déduire quelle est la meilleure séquence de traitements pour un patient donné. Une recherche future devra montrer l'efficacité des différentes options thérapeutiques dans le cadre d'un traitement déjà administré au préalable. Pour une comparaison de la chirurgie et des autres options, les patients subissant une intervention chirurgicale et ceux recevant un traitement conservateur différeront quant au type, à la sévérité et la durée des symptômes (pronostic). L'effet cumulatif (dû à la succession de différents traitements) et les interactions d'interventions multiples doivent également encore être étudiés. Pour terminer, cette méta-analyse ne donne pas d'informations claires sur les effets indésirables. Elle permet seulement de conclure que les interventions invasives et non invasives ont plus d'effets indésirables que la prise en charge classique ou le placebo.

Conclusion de Minerva

Cette méta-analyse en réseau d'un grand nombre d'études hétérogènes montre que, dans le traitement de la sciatique, les antidouleurs non opioïdes, les injections épidurales de corticostéroïdes, la chirurgie discale et la chimionucléolyse sont efficaces, par comparaison avec d'autres traitements, en termes d'amélioration globale. Après exclusion des études observationnelles, les résultats ne restent statistiquement significatifs que pour la chirurgie, qui est le traitement le plus étudié. Il n'est toutefois pas clair à quel moment la chirurgie et les autres thérapies doivent entrer en ligne de compte dans le traitement de la sciatique, ni dans quel ordre. Il n'y a aucun argument en faveur de l'utilisation des opioïdes.

Pour la pratique

Les recommandations de la NHG-Standaard préconisent de traiter le syndrome radiculaire lombosacré par étapes ; la stratégie comporte un traitement non médicamenteux (conseils pour la mobilité, éventuellement suivis par de la kinésithérapie) et un traitement médicamenteux (d'abord paracétamol, puis AINS et opioïdes)⁷. L'orientation en urgence vers la chirurgie est recommandée en cas de syndrome de la queue de cheval et d'apparition d'une parésie aiguë ou progressive. La douleur radiculaire réfractaire peut aussi être une indication d'orientation vers la chirurgie pour une intervention éventuelle. Les directives de Prodigy⁸ comportent à peu près les mêmes recommandations, auxquelles s'ajoutent les éléments suivants : un traitement de courte durée par une benzodiazépine (en cas de spasmes musculaires), l'amitriptyline ou la prégabaline et des injections épidurales de corticostéroïdes. D'après Clinical Evidence, le recours à des traitements médicamenteux et non médicamenteux n'est pas suffisamment étayé⁹, et les résultats de différentes RCTs portant sur les injections épidurales ne sont pas cohérents. Seul l'effet favorable de la chirurgie discale serait suffisamment étayé, mais des études sont encore nécessaires pour déterminer la place de la chirurgie dans l'approche par étapes de la sciatique. La méta-analyse en réseau discutée ici va dans ce sens.

Références : voir site web www.minerva-ebm.be