Douleur radiculaire cervicale : traitement conservateur, infiltration épidurale de corticostéroïdes ou association des deux ?

Référence
Cohen SP, Hayek S, Semenov Y, et al. Epidural steroid injections, conservative treatment or combination treatment for cervical radicular pain, a multicenter, randomized, comparative-effectiveness study. Anesthesiology 2014;121:1045-55.

Analyse de
Louise Joly, assistante en Médecine Générale, Université de Liège

La douleur radiculaire cervicale survient avec une incidence d'environ 83/100000 personnes-années et touche surtout les patients entre 50 et 60 ans (1). Elle est source de handicap et d'altération de la qualité de vie (2).
Nous avons analysé dans Minerva (3) une étude publiée en 2009 (4) portant sur la prise en charge de la radiculopathie cervicale d'apparition récente (< 4 semaines). Durant les 6 premières semaines de traitement, le port de la minerve semi-rigide et la kinésithérapie étaient associés à un bénéfice statistiquement significatif par rapport à l'attitude expectative. Des doutes subsistaient quant à la pertinence clinique de cette différence. Cet effet n'était plus observé après 6 mois.
D'autre part, 2 études déjà (très) anciennes relatives à la douleur cervicale radiculaire n'avaient pas pu montrer de différence significative à long terme (> 6 mois) entre l'attitude expectative, la chirurgie, la kinésithérapie et le repos avec le port d'une minerve (5,6).

Publiée en 2014, une étude randomisée, contrôlée, **multicentrique**, en simple aveugle, **en groupe parallèle**, se déroulant au E-U (7), a confronté l'efficacité sur la cervico-brachialgie non aiguë (durée moyenne de 1,3 an ; minimum 1 mois, maximum 4 ans) de la kinésithérapie associée aux antalgiques versus des infiltrations épidurales de corticostéroïdes et versus la combinaison des deux.
L'étude a porté sur une population de 169 adultes. Les critères d'inclusion étaient : douleur radiculaire cervicale avec irradiation dans le membre supérieur d'une intensité d'au moins 4/10 sur une échelle numérique ou équivalente, une lésion démontrée par IRM corrélée aux symptômes décrits, et un âge ≥ 18 ans. Les patients ont été répartis en 3 groupes. Le premier groupe a bénéficié de kinésithérapie et d'antalgiques agissant sur les douleurs neuropathiques (gabapentine et/ou nortriptyline). Le second groupe a fait l'objet d'un traitement par des infiltrations de corticostéroïdes et le troisième, d'une combinaison des deux options thérapeutiques précédentes. Le suivi était planifié à 1, 3 et 6 mois. Le critère de jugement primaire était la réduction à 1 mois du score de douleur brachiale. Le patient était invité à déterminer un score de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale) reflétant la douleur moyenne ressentie durant la semaine précédant l'évaluation. De nombreux critères de jugement secondaires étaient également relevés : réduction du score de douleur cervicale, diminution du recours aux antalgiques « de secours » (opioïdes ou non), adhérence à la kinésithérapie et aux médications prescrites, effets indésirables et complications des traitements, satisfaction du patient et, enfin, un critère de jugement composite basé sur une réduction à 3 mois du score de la douleur brachiale de ≥ 2 points combinée à la perception subjective d'une amélioration clinique globale.
Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence pour le critère de jugement primaire. En ce qui concerne les critères de jugement secondaires, certaines comparaisons telles que la cervicalgie et la diminution moyenne de la douleur brachiale dans le groupe association versus les 2 autres groupes atteignent le seuil de signification statistique. Cependant, aucun seuil de pertinence clinique n'est discuté ; ils ne sont probablement pas atteints.

Cette publication est de lecture non aisée et les auteurs développent l'essentiel de l'article sur les critères de jugement secondaires. Les traitements médicamenteux ne sont pas standardisés, la prise en charge kinésithérapeutique n'est pas structurée. D'autres limites méthodologiques sont à relever : l'étude était en simple aveugle ; après chaque évaluation les thérapeutes ont pu adapter la prise en charge selon les besoins des sujets « non répondeurs » ; les modalités de prise en charge en kinésithérapie ont été déterminées au cas par cas, sans

mention de l'expérience des kinésithérapeutes dans ce domaine, des plans de traitement établis et de la fréquence des séances. Ceci dit, cela rapproche quelque peu cette étude d'un essai pragmatique. La question de l'efficacité intrinsèque de ces molécules dans le traitement des cervico-brachialgies n'est pas spécifiquement abordée dans l'article. Par ailleurs, les auteurs reconnaissent que le choix des molécules utilisées est basé sur des études de faible qualité méthodologique. Enfin, il n'y a pas de discussion sur la balance bénéfice-risque de chacune des approches présentées.
La North American Spine Society a émis en 2011 une recommandation de faible grade, basée sur un très faible niveau de preuve, qui envisage l'utilisation des injections de corticostéroïdes comme une option thérapeutique pour les patients qui sont candidats à la chirurgie (8).

Conclusion

Cette étude présentant des limites méthodologiques importantes n'apporte pas la preuve d'une supériorité des infiltrations épidurales de corticostéroïdes, seules ou en association au traitement conservateur par antalgiques et kinésithérapie, versus un traitement conservateur dans les cervico-brachialgies non aiguës. D'autres études seront nécessaires pour évaluer avec plus de précision l'efficacité des injections de corticostéroïdes et leur place dans la prise en charge de la douleur radiculaire cervicale de l'adulte. La balance bénéfice-risque doit toujours être discutée.

Références

1. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, Kurland LT. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. Brain 1994;117:325-35.
2. Daffner SD, Hilibrand AS, Hanscom BS, et al. Impact of neck and arm pain on overall health status. Spine 2003;28:2030-5.
3. Crismer A. Radiculopathie cervicale : minerve, kinésithérapie ou attitude expectative ? MinervaF 2010;9(8):96-7.
4. Kuijper B, Tans J, Beelen A, et al. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. BMJ 2009;339:b3883.
5. Persson LC, Carlsson CA, Carlsson IY. Long lasting cervical radicular pain managed with surgery, physiotherapy, or a cervical collar. A prospective, randomised study. Spine 1997;22:751-8.
6. Pain in the neck and arm : a multicentre trial of the effects of physiotherapy, arranged by the British Association of the Physical Medicine. Br Med J 1966;1:253-8.
7. Cohen SP, Hayek S, Semenov Y, et al. Epidural steroid injections, conservative treatment or combination treatment for cervical radicular pain, a multicenter, randomized, comparative-effectiveness study. Anesthesiology 2014;121:1045-55.
8. Bono CM, Ghiselli G, Gilbert TJ, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders. Spine J 2011;11:64-72.