

Manipulation et sciaticque discale : ce que dit la littérature

Eric LAPEYRE*, François GENET*, Olivier JACQUIN*, Robert LAFAYE DE MICHEAUX*, Denis LAGAUCHE**

* Service de Médecine Physique et de Réadaptation – HIA PERCY – CLAMART

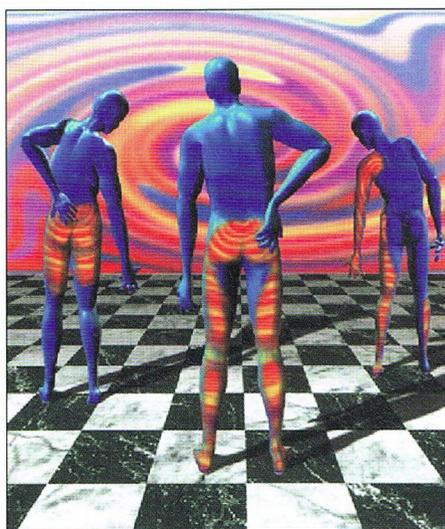
** Service de Médecine Physique – HIA LEGUEST – METZ

Faut-il manipuler les sciatiques ? La question reste ouverte et sujette à controverse. Le propos de cet article est d'analyser de façon objective les données de la littérature de langue française et anglaise.

Stratégie de recherche documentaire

Pour ce faire, nous avons choisi de ne retenir que les données validées provenant des sources suivantes :

- Recommandations de bonne pratique de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) pour la littérature de langue française.¹
- Cochrane Library dans le domaine de l'« evidence based medicine » (médecine basée sur les preuves).²
- « Guidelines » de langue anglaise : AHCPH (Agency for Health Care Policy and Research) pour les Etats-Unis,³ Royal College of General Practitioners pour le Royaume-Uni.⁴



La recherche bibliographique a été effectuée par interrogation systématique de banques de données Medline, Healthstar, Embase, Pascal et Cochrane Library de mars 1994 à mars 2004. Les mots-clés suivants ont été retenus : « sciaticque » ou « manipulation vertébrale » (en langue française), « low back pain » ou « back pain » ou « sciatica » ou « sciatic pain » ou « spinal manipulation » ou « movement therapy » associés à « guidelines » ou « practice guidelines » ou « consensus development conference » ou « evidence based medicine » ou « meta analysis » (en langue anglaise).

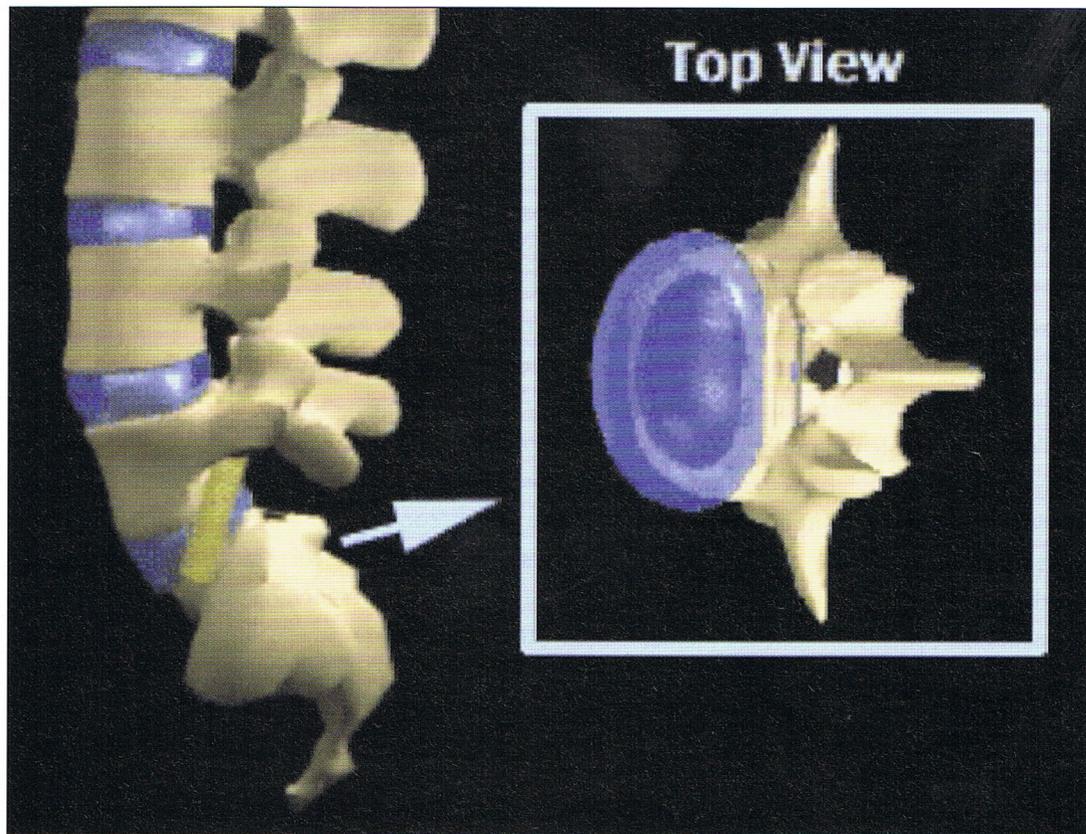
Restrictions et difficultés

La première restriction concerne le caractère commun de la pathologie, ce qui exclue du champs de notre recherche les lombo-sciatiques dites symptomatiques. La deuxième difficulté vient du terme « low back pain » qui en terminologie anglo-saxonne ne différencie par toujours lombalgie de sciaticque, contrairement à la littérature de langue française. La troisième difficulté vient de la définition de la sciaticque qui varie parfois selon les études et même les méta-analyses réalisées. Ainsi l'ANAES a défini la lombo-sciaticque comme une douleur lombaire associée à une irradiation au-delà du pli fessier dans le membre inférieur, associé à des signes de tension radiculaire (signe de Lasègue et/ou signe de Lasègue croisé). Dans la méta-analyse réalisée par la Cochrane Library, les critères de sciaticque retenus ont été l'existence d'une irradiation douloureuse en dessous du genou. Dans les recommandations de l'AHCPH, le terme de sciaticque inclue la douleur lombaire mais également la douleur de type radiculaire sciaticque associée, quel que soit le

niveau où s'arrêtait cette dernière sur le membre inférieur. Enfin, la dernière difficulté signalée par toutes les méta-analyses est la disparité qualitative et quantitative des différentes études. L'utilisation de modèles de méta-régression, permettant d'ajuster ces différences de qualité méthodologique, ne peut cependant corriger les facteurs de biais propres à chaque étude.

ANAES

Des recommandations professionnelles, concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombo-sciatiques communes de moins de trois mois d'évolution, ont été publiées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé en février 2000.¹ Dans la version courte du texte des recommandations, il est dit que dans la lombo-sciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations, avec un grade de recommandation B (correspondant à une présomption scientifique). Pour mémoire, rappelons que le grade A correspond à une preuve scientifique établie et le grade C à un faible niveau de preuve. Le niveau de preuve scientifique est établi par le comité d'expert à partir de l'analyse des données de la littérature. Dans l'argumentaire (texte long), le chapitre 5-3 (traitement physique) étudie l'efficacité des manipulations. L'étude a porté sur quatre méta-analyses et sur une revue systématique de la littérature.^{5,6,7,8,11} Seule la méta-analyse de Shekelle s'est intéressée aux lombo-sciatiques.⁶ Ce dernier n'a retrouvé que trois études avec groupes contrôles sur 29 ayant spécifiquement étudié l'intérêt des



manipulations dans les sciaticques. Il en conclut qu'il ne peut être mis en évidence de bénéfice des manipulations dans cette indication, en raison de la faiblesse méthodologique de ces dernières.

La revue systématique de la littérature réalisée par Koes en 1996 a porté sur 36 études randomisées.⁸ Seules cinq études présentaient une méthodologie satisfaisante. La lombo-sciatique n'y était pas spécifiquement étudiée. Néanmoins, on retiendra que sur les 12 études ayant porté sur l'efficacité des manipulations vertébrales dans les lombalgies aiguës, l'étude de Mathews retrouvait un effet bénéfique dans un sous-groupe de patients avec signe de Lasègue positif... (s'agissait-il de sciaticques ?).¹¹

« Evidence based medicine », médecine fondée sur des preuves

Dans le domaine de la médecine fondée sur les preuves, la Cochrane Library s'impose de plus en plus comme un des organismes de référence. Des méta-

analyses sur des thèmes spécifiques sont réalisées de façon régulière. Elle a publié en 2004 une méta-analyse sur l'intérêt et l'efficacité des manipulations vertébrales dans le « low back pain ». ² Trente neuf études randomisées avec groupe contrôle concernant 5486 patients ont été retenues. Sur ces 39 études, 12 ont étudié l'efficacité des manipulations dans les sciaticques. La définition de la sciaticque étant restrictive avec comme critère d'inclusion une irradiation douloureuse en deçà du genou. Pour la Cochrane Library, les données de la littérature sont insuffisantes et ne permettent pas de conclure à l'efficacité des manipulations vertébrales dans les sciaticques.

Les « guidelines » ou recommandations

L'AHCP. L'Agency for Health Care Policy and Research, organisme dépendant du Ministère de la Santé des États-Unis, a publié (Clinical Practice Guideline n° 14) un guide de bonne pra-

tique concernant les lombalgies aiguës chez l'adulte.³ Dans les recommandations, il est conclu à l'insuffisance de preuves quant à l'efficacité des manipulations chez les patients présentant une radiculopathie, avec un niveau d'évidence à C (faible niveau de preuve en evidence based medicine c'est à dire au moins une publication scientifique de valeur correcte). L'analyse du texte long fourni plus de renseignements. Le comité d'experts a également utilisé la méta-analyse de Shekelle⁶ et retenu les trois études concernant « manipulation et sciatique » c'est à dire les études de Coxhead, Edwards et Nwuga.^{12,13,14} Les éléments de conclusion sont les mêmes que ceux retenus par l'ANAES, à savoir que la faiblesse méthodologique de ces trois études ne permet pas de conclure à la preuve de l'efficacité des manipulations dans les sciatiques.

Les auteurs se sont également intéressés aux risques de complications dans les suites de manipulations pour sciatiques et concluent que le risque de complications sérieuses est faible. Au total, pour l'AHCPR, on ne peut conclure à la preuve scientifique ni de l'efficacité ni du risque potentiel des manipulations dans le cas de patients présentant une radiculopathie. Elle propose finalement, devant l'existence d'un « low back pain » (qui peut inclure une radiculalgie), d'éliminer un déficit neurologique sévère ou progressif avant de débiter une manipulation.

Royal College of General Practitioners. Il s'agit de guidelines concernant les lombalgies aiguës et utilisé au Royaume-Uni.⁴ Trente six études randomisées contre groupe contrôle ont été retenues dans l'indication des manipulations pour « low back pain ». Les auteurs notent que la plupart des études présentaient une valeur méthodologique faible et qu'il existait une très faible « preuve » de l'efficacité des manipulations chez des patients présentant une radiculopathie. L'on peut retenir des

recommandations du Royal College, que le risque après manipulation dans le cadre des low back pain (pouvant inclure les radiculopathies) est très faible à condition que les patients soient sélectionnés et manipulés par un thérapeute entraîné. Par ailleurs, il signale que la manipulation ne doit pas être réalisée chez les patients présentant un déficit neurologique sévère ou progressif au vu des rares mais sérieux risques de complication neurologique. Ces recommandations correspondent à un niveau de preuve ** qui correspond aux résultats d'une seule étude jugée correcte, soit à l'existence d'arguments médiocres dans quelques études correctes.

Conclusion

Au vu de l'ensemble des données de la littérature : recommandation de l'ANAES,

guidelines anglo-saxons et données de l'evidence based medicine (Cochrane Library) l'on peut retenir que :

- Premièrement, l'efficacité des manipulations dans les sciatiques discales n'est pas probante en raison en particulier de la faiblesse méthodologique des études connues.
- Deuxièmement, même si l'indication de manipulation dans la sciatique discale n'est pas formellement reconnue, cette dernière ne constitue pas en soi une contre-indication à condition qu'elle ne s'accompagne pas d'un déficit neurologique sévère ou progressif.
- Une étude randomisée et multicentrique avec groupe contrôle devrait être réalisée afin d'apporter une réponse plus précise. ●

Bibliographie

Disponible sur internet

1. ANAES Juin 2000. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution.
2. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu Emily I, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain
The Cochrane Library, issue 1, 2004. Chichester, UK : John Wiley & sons, Ltd.
3. A.H.C.P.R. :Agency for Health Care Policy and Research. Archived Guideline. Clinical Practice Guideline 14 : Acute Lower Back Problems in Adult.
4. Royal College of General Practitioners: Acute Low Back Pain Guide

Bibliographie

5. Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A. Comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *N Engl J Med* 1999;341:1426-31.
6. Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, Hurwitz EL, Brook RH. Spinal manipulation for back pain. *Ann Internal Med* 1992;117:590-8.
7. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997;22: 2128-56.

8. Koes BW, Assendelft WJ, van der Heijden GJ, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996; 21:2860-71.
9. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001;26:2504-13.
10. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med* 2003;138:898-906.
11. Mathews JA, Mills SB, Jenkins VM, et al. . Back pain and sciatica: controlled trials of manipulation, traction, sclerosant and epidural injections. *Br J Rheumatol* 1987;26: 416-423.
12. Coxhead CE, Meande TW, Inskip H, North WRS, Troup JDG. Multicentre trial of physiotherapy in the management of sciatic symptoms. *Lancet* 1981 May 16;8229:1065-8.
13. Edwards BC. Low back pain and pain resulting from lumbar spine conditions. *Aust J Physiother* 1969 Sep;15(3):104-10.
14. Nwuga VCB. Relative therapeutic efficacy of vertebral manipulation and conventional treatment in back pain management. *Am J Phys Med* 1982 Dec;61(6):273-8.