

# Sciatique par Hernie Discale : réflexion à partir d'un rapport de cas



Écrit par Olivier Guénoun, DC, Karl Vincent, DC

## INTRODUCTION

Nous présentons la prise en charge clinique d'un patient atteint d'une lombosciatique par hernie discale. Ce patient a montré une amélioration notable de sa symptomatologie, dont les bénéfices peuvent être attribués aux traitements d'usage qu'il a reçus, c'est à dire médicamenteux et chiropratique.

Ainsi, nous tenterons de comprendre les facteurs auxquels nous pouvons attribuer la réussite du traitement : à une action médicamenteuse ? Une résolution naturelle du processus pathologique ? Une action par manipulations ? Ou bien une action combinée des différents traitements ?

Mais ce rapport de cas entraîne une réflexion plus générale sur le caractère approprié du traitement conservateur du « low back pain », terme générique anglo-saxon qui regroupe l'ensemble de la pathologie lombaire, qu'elle soit associée ou non à des irradiations douloureuses ; en effet, il existe une certaine difficulté pour dissocier les lombalgies des lombosciatiques qui semblent mieux caractérisés dans la littérature médicale française.

Pour ce qui est de la prévalence concernant le « low back pain », dans les pays anglo-saxons (U.S.A., Angleterre), la distinction « lombalgies » / « lombosciatiques » n'étant pas clairement établie, il est difficile de donner des valeurs fiables sur le sujet.

En France, la seule estimation de prévalence a été donnée par le Haut Comité de Santé Publique en 1994 dans un rapport stipulant que 52 actes sur 1.000 de médecins généralistes concernaient la pathologie rachidienne, parmi lesquels 36 s'intéressaient à la pathologie discale (lombalgies et/ou sciatiques) (Haut Comité de Santé Publique, 1994). Nous constatons par conséquent que la distinction entre lombalgie et sciatique n'est pas non plus clairement établie dans notre pays.

Nous serons donc amenés à nous interroger sur les bases à partir desquelles les différents organismes internationaux ont posé leurs recommandations de bonnes pratiques. Et d'une manière plus précise existe-t-il, à l'heure actuelle, une convergence de vue entre ces différents organismes concernant les cas d'atteinte de lombosciatique par hernie discale ?

Pour la discussion de notre cas clinique, une recherche d'articles a été effectuée :

- D'abord sur le site Internet de l'A.N.A.E.S. (<http://www.anaes.fr/>), organisme français d'évaluation des pratiques de Santé, où nous avons pu trouver des recommandations sur le traitement de la lombosciatique, rentrant dans le cadre de notre étude.

- Une recherche sur le site Internet de l'American College of Physicians (<http://www.acponline.org/>) nous apportant une référence d'un article à propos des recommandations de bonne pratique de l'Agency for Health Care Policy and Research (A.H.C.P.R.) en Amérique du Nord, concernant le traitement par manipulations des « low back pain » ;

- Puis une recherche sur le site Internet PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>). Les mots-clés suivants ont été utilisés :

- Sciatica ;
- Herniated disc ;
- Spinal Manipulative Therapy ;

Cinq articles, directement en rapport avec le cas traité, ont alors été sélectionnés.

- Par ailleurs, une recherche bibliographique a été faite à la Bibliothèque de l'I.F.E.C., à la Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine (B.I.U.M.) ainsi qu'à la Librairie VIGOT-MALOINE où nous avons pu trouver trois livres, référencés.

## OBSERVATION DU CAS CLINIQUE

Monsieur M. L. P., 44 ans, enseignant dans les techniques de massage et de relaxation, est venu nous consulter au cabinet le 27 février 2002 pour des « douleurs dans le bas du dos, datant de sept jours, importantes, associées à des douleurs dans la jambe gauche allant jusque dans le pied », le réveillant la nuit, avec une notion d'impulsivité (douleurs reproduites par le fait de tousser, d'éternuer ou de déféquer, entraînant une brutale augmentation de la pression intrathécale qui « plaque » les structures neurologiques intracanales contre les parois interne du rachis. Toute pathologie comprimant la moelle épinière et/ou les racines nerveuses objectivera alors les symptômes). A l'Echelle Visuelle Analogique, la douleur est cotée par le patient à 8 sur 10. Les douleurs se sont déclenchées selon le patient,

après son retour de vacances (sept heures de voiture), suite à une semaine intensive de ski de fond.

Nous notons lors de l'examen physique, une douleur lombaire basse, associée à une irradiation dans le membre inférieur gauche, à la face postérieure de la cuisse et du mollet, jusqu'au bord externe du pied, selon une topographie radiculaire S1. Le patient présente une légère attitude antalgique en flexion.

- L'examen de la palpation statique lombaire fait état d'une douleur à la palpation de l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire, ainsi que de l'apophyse mamillaire gauche de la même vertèbre ; les sacro-iliaques ne présentent par ailleurs aucune symptomatologie.
- L'examen de la mobilité lombaire a montré :
  - Une limitation douloureuse en flexion, avec une distance mains/sol de quarante centimètres.
  - Une extension non limitée mais douloureuse, une latérale flexion gauche plus limitée qu'à droite et douloureuse également.
  - Par ailleurs, les autres amplitudes restaient libres et indolores.
- Sur le plan orthopédique, nous notons la présence d'un signe de LASÈGUE à gauche, positif à 30°.
- Au point de vue neurologique, nous trouvons :
  - Une aréflexie S1 gauche,
  - Une hypoesthésie du bord externe du pied gauche,
  - Une diminution de la force du Triceps Sural, cotée +4 au testing musculaire.
- Sur le plan fonctionnel, la marche est difficile avec une boiterie de type esquivé (à droite, le patient « saute » le pas du fait de la douleur) et une difficulté d'impulsion plantaire. De ce fait, le périmètre de marche est diminué, se limitant à la maison et aux visites au cabinet Chiropratique.
- Enfin, au moment de cette première consultation, Monsieur M.L.P. était en arrêt de travail depuis le 20 février pendant une période de dix jours.
- Au niveau de ses radiographies, le patient présentait de profil une diminution de la lordose lombaire, avec une discopathie L5/S1 se traduisant par un pincement postérieur du disque. De face, nous avons retrouvé la présence d'une bascule gauche du bassin de 4 millimètres, associée à une attitude scoliotique à convexité gauche de 5° avec une légère rotation des apophyses épineuses dans la concavité.
- Sur le plan médical, le patient a été mis sous anti-inflammatoires non-Stéroïdiens (VOLTARÈNE® 50 mg, traitement symptomatique de courte durée des lombalgies aiguës et des radiculalgies), inhibiteurs de pompe à protons (LANZOR® 15 mg, traitement préventif des lésions gastro-duodénales induites par les A.I.N.S.) et décontractant musculaire (MIOREL® Gé, traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses) pendant 8 jours. Le patient a continué de prendre le VOLTARÈNE® 50 mg 8 jours de plus, par sa propre initiative, et était sous action médicamenteuse au début du traitement chiropratique. Le médecin lui a prescrit en plus un LOMBAX® que le patient a porté en continu les trois premières semaines, puis uniquement lors de la conduite la dernière semaine.
- Enfin, en ce qui concerne ses antécédents, Monsieur M.L.P. a présenté un traumatisme en 1982 : suite à une chute de trois mètres de hauteur, le patient s'est fracturé les deux calcanéums et s'est fait une fracture par tassement de la troisième vertèbre lombaire.

Au vu de l'examen général, le diagnostic le plus probable correspond à une lombosciatique S1 gauche, dont la cause est rattachée à un conflit disco-radiculaire.

Compte tenu de la présence de signes neurologiques importants, en particulier une aréflexie S1 gauche et une parésie du triceps sural ipsilatéral, nous avons demandé un scanner du rachis lombo-sacré afin d'objectiver ce conflit.

Un traitement chiropratique par manipulations vertébrales a été entrepris dès cette séance et a consisté en un ajustement de la charnière lombo-sacrée en décubitus latéral : en effet, nous trouvons selon l'examen de la mobilité lombaire, en corrélation avec les signes cliniques, un bâillement discal postéro-latéral gauche. Nous procédons alors à l'ajustement, le patient positionné en décubitus latéral gauche, nous contactons l'apophyse mamillaire de la cinquième lombaire listée PLS-Mp par la technique GONSTEAD. Cet ajustement est associé à un travail des tissus mous sur les muscles paravertébraux et fessiers : nous pratiquons des pressions sur les points musculaires gâchettes ou trigger points, retrouvés sur toute la partie supérieure du muscle moyen fessier.

Avec ce traitement a été mis en place un protocole de deux consultations par semaine, pendant 1 mois.

Une semaine après la première visite, le 04 mars 2002, le rapport du scanner établit une hernie discale postéro-latérale gauche calcifiée, venant retentir sur la racine S1 dont le diamètre était le double par rapport à la racine S1 droite.



La distance mains/sol s'est nettement améliorée par rapport à la première consultation : elle est de vingt centimètres.

Les examens neuro-orthopédiques n'ont par contre présenté aucun changement : à la première visite, nous noterons qu'il n'y a pas eu de modification au niveau du Signe de LASÈGUE, avant et après l'ajustement. Ce n'est que dès la seconde séance où nous avons remarqué une amélioration de 15° dans la flexion du membre inférieur.

A court terme, dès le premier mois de traitement, les résultats ont été les suivants :

- Diminution radicale de la douleur, dès le lendemain de la première visite ;
- Une douleur cotée à 6 sur 10 sur l'Echelle Visuelle Analogique, qui a progressivement diminué à 3 sur 10, particulièrement au cours des trois premières séances.
- La boiterie a disparu dès la quatrième visite : le patient a ressenti une nette amélioration de la marche dont le périmètre s'est accru progressivement.
- Les parésies du triceps sural ont disparu dès la fin du premier mois de traitement. Le signe de LASÈGUE est devenu négatif. Cependant, Le patient conserve une aréflexie S1 gauche, ainsi qu'une hypoesthésie S1 gauche sur le bord externe du pied.
- Sur le plan de la mobilité, le patient a retrouvé une amplitude plus importante, avec une distance mains/sol de dix centimètres.
- Nous avons conservé le même protocole de traitement depuis la première visite, à savoir un ajustement de la charnière lombo-sacrée et un travail par point-pressions sur les tissus mous (muscles paravertébraux et fessiers) ;

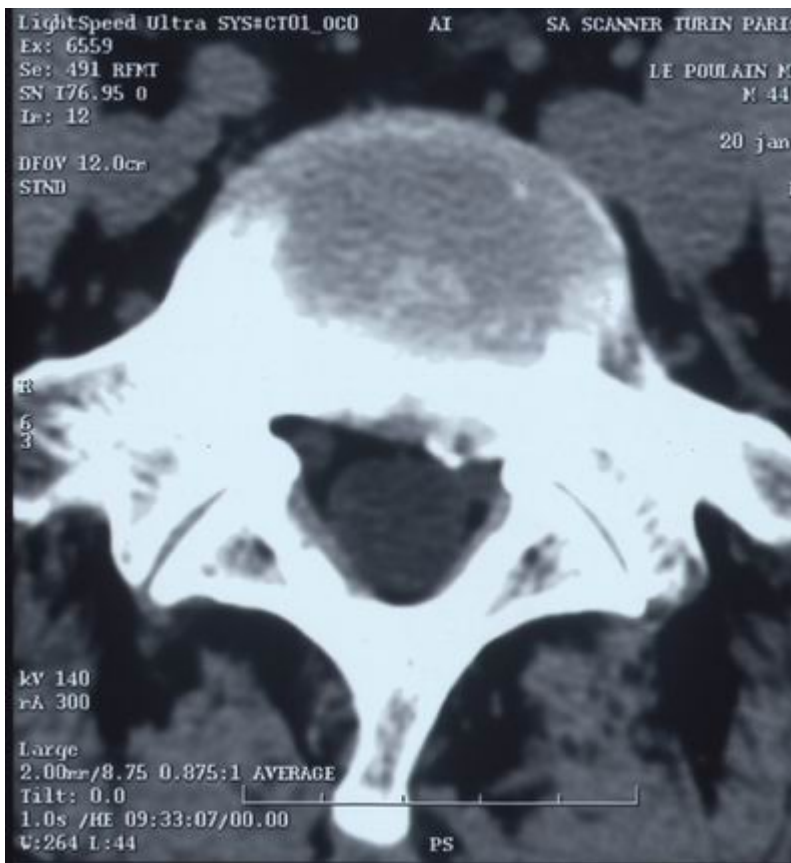
Dès la fin de ce premier mois de traitement, nous sommes passés à un protocole d'une visite toutes les deux semaines sur un mois, puis une visite par mois. Au bout de dix mois de suivi chiropratique, nous observons les résultats suivants :

La douleur a fini par disparaître complètement dès le mois d'avril 2002 ;

Le réflexe S1 gauche est retrouvé au mois de juin 2002 ; L'hypoesthésie sur le bord externe du pied gauche (territoire S1) persiste.

Sur le plan de la mobilité, le patient conserve toujours une amplitude de mouvement lombaire normal.

Nous avons demandé un deuxième scanner du rachis lombo-sacré en janvier 2003 pour observer l'évolution du conflit disco-radicaire. Le rapport fait état de la présence résiduelle de la hernie discale foraminale gauche L5/S1 calcifiée, mais cependant, le conflit disco-radicaire avec la racine S1 gauche a régressé par rapport au précédent examen : en effet, nous ne retrouvons plus l'augmentation de volume de la racine, l'œdème s'étant résorbé.



## DISCUSSION

La lombalgie est un symptôme et non un diagnostic. A l'heure actuelle, nous ne savons toujours pas déterminer cliniquement avec certitude l'origine de la douleur et la nature de l'atteinte (discale, articulaire postérieure, musculaire, etc.).

Les anglo-saxons regroupent l'ensemble de la pathologie lombaire chez l'adulte avec ou sans irradiation douloureuse dans un terme générique « Low Back Pain » ou « problème lombaire ».

Ce manque de distinction rend difficile l'analyse de la littérature pour la simple raison que les différentes formes de lombalgies et les lombosciatiques sont regroupées dans un même et seul groupe. (Hsieh CY et al., Spine 2002) Par exemple, en 1992, les recommandations américaines de l'A.H.C.P.R. sur les « problèmes lombaires » aigus incluaient la lombalgie mais également les douleurs radiculaires associées, quel que soit le niveau où celles-ci s'arrêtaient sur le membre inférieur.

Par conséquent, il est primordial de distinguer actuellement quatre notions (A.N.A.E.S., Février 2000), (Bigos SJ et al.,

A.H.C.P.R. 1992), (Maigne JY, 2001) :

- La première est celle du temps et de l'intensité douloureuse. Ainsi, le caractère aigu d'une atteinte est défini comme une évolution de moins de trois mois (il peut exister des différences d'appréciation selon les organismes) mais également par une intensité douloureuse telle que l'activité quotidienne personnelle ou professionnelle ne peut être maintenue au même niveau ; Une atteinte est dite chronique lorsque sa durée d'évolution est supérieure de 3 à 6 mois selon les auteurs, et correspond cliniquement à des patients dont la douleur a un retentissement fonctionnel et social important et un risque d'invalidités majeures.

- La seconde notion est l'âge où le sujet adulte est considéré comme ayant un minimum de 18 ans.

- La troisième notion concerne la topographie douloureuse. En effet, il est essentiel de différencier les lombalgies des lombosciatiques. En France, la lombalgie est considérée comme une douleur lombo-sacrée située à la hauteur des crêtes iliaques ou plus bas (pli fessier), médiane ou latéralisée avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas les genoux, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée. Quant à la lombosciatique, elle se caractérise par une douleur lombaire associée à une irradiation radiculaire, dans le membre inférieur, le plus souvent au-dessous du genou, de topographie L5 ou S1, accompagnée de signes de tension radiculaire objectivés par le signe de Lasègue et/ou de Lasègue croisé, voire certains troubles neurologiques.

- Enfin, la dernière notion concerne le terme de lombalgie ou lombosciatique « commune » : par définition, la lombalgie commune s'oppose à celle dite symptomatique, cette dernière étant caractérisée par une lésion secondaire infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique. En ce qui concerne la lombosciatique, elle est dite « commune » lorsqu'elle est causée par une hernie discale ou lorsque celle-ci ne peut être rattachée à une atteinte spécifique observable.

Le rapport de cas présenté entre complètement dans cette problématique. Celui-ci a bénéficié des traitements d'usage, c'est à dire médicamenteux et physique. Il semble avoir répondu favorablement à ces thérapies ; mais, la résolution des symptômes peut être imputable à différents facteurs :

- A une action médicamenteuse,
- A une résolution naturelle du processus pathologique,
- A une action par manipulations,
- A une action combinée des différents traitements ;

## **1. A UNE ACTION MÉDICAMENTEUSE**

Médicalement, les prescriptions usuelles que nous retrouvons sont les antalgiques opiacés ou non, les Anti-Inflammatoires non-Stéroïdiens (A.I.N.S.) et les décontractants musculaires. Or, la plupart des études qui sont faites, concernant l'efficacité de ces traitements, prennent en compte la durée d'évolution de la pathologie et non l'effet antalgique immédiat : par accord professionnel, le traitement doit être le plus court possible et adapté à l'évolution des symptômes. (Koes BW, et al., Ann Rheum Dis 1997), (Van Tulder et al., Spine 1997), (Weber H. et al., Spine 1993) Nous ne considérons pas le fait que le médicament ait une action antalgique sur un court laps de temps, nous prenons en compte uniquement le temps de régression des symptômes, et c'est sur ce point que nous définissons si le traitement est efficace ou non. Par exemple, pour une lombosciatique aiguë, comme le cas présenté, un traitement A.I.N.S. est donné pendant une période de 8 jours. Le traitement est jugé efficace s'il y a régression complète de la symptomatologie au bout de ces 8 jours. L'amélioration momentanée n'est pas prise en compte.

Seules deux études considérées fiables sur le plan méthodologique ont été référencées par l'A.N.A.E.S. Dans ces études, les A.I.N.S. ne sont pas plus efficaces qu'un placebo.

En ce qui concerne les décontractants musculaires, il n'a pas été retrouvé d'études dans la littérature concernant l'utilisation de ces molécules, dans le cadre strict de la lombosciatique aiguë.

Pour ce qui est de la corticothérapie par voie systémique, les travaux ne sont pas plus révélateurs que ceux pour les A.I.N.S. et les résultats sont donc les mêmes.

Notre patient a bénéficié d'un traitement usuel médicamenteux. Les preuves d'efficacité restent en suspens. Par conséquent, il semble peu probable de rattacher l'amélioration clinique aux seuls effets anti-inflammatoires.

## **2. A UNE RÉOLUTION NATURELLE DE LA PATHOLOGIE, INHÉRENTE A TOUT TRAITEMENT**

Il existe une tendance spontanée des hernies discales à régresser de volume progressivement dans le temps. En général, plus elles sont volumineuses et hydratées, plus elles diminuent. Cette régression s'obtient en moyenne dans un

laps de temps de 4 mois. (Maigne JY, 2001)

Au contraire, plus les hernies discales sont fibreuses ou calcifiées ou petites, moins cette déshydratation est opérante.

Par ailleurs, Il existe une réaction auto-immune autour de la hernie : puisque le noyau pulpeux n'est jamais au contact de la racine, il va provoquer une réaction immunitaire car il est reconnu comme élément étranger. Il s'ensuit alors une phagocytose d'une partie de la hernie. Enfin, l'œdème de la racine, conséquent d'une réaction inflammatoire lors de la compression et du processus auto-immun, va progressivement diminuer puisque le conflit disco-radicaire va lui-même régresser.

Au vu des ces constatations, il semble probable que le temps et la prise en charge représentent des facteurs favorables dans l'amélioration de la symptomatologie. Cela a déjà été démontré dans les lombalgies d'évolution supérieure à sept semaines. (Triano JJ et al., Spine 1995) Notre cas présente, en effet, une nette diminution du volume de la racine au deuxième scanner. Par contre, cette guérison ne peut être rattachée à la seule diminution du volume herniaire puisqu'il s'agissait d'une hernie calcifiée.

### **3. A UNE ACTION PAR MANIPULATIONS, ET SELON QUEL MODE D'ACTION ?**

Il existe des différences d'appréciation professionnelle et selon les pays, concernant l'indication des manipulations vertébrales dans le cas des lombosciatiques.

En France, l'A.N.A.E.S. ne recommande pas la pratique des manipulations pour les sciatiques de moins de trois mois d'évolution. La difficulté de réflexion à ce propos est liée à deux raisons principales :

- La première est l'absence de distinction, dans la plupart des recherches, entre lombalgies et lombosciatiques, regroupées dans la littérature anglo-saxonne sous le terme générique de « Low Back Pain » tel que précédemment mentionné ; or, la majorité des études est d'origine anglo-saxonne.

- La deuxième raison découle de la première. En effet, l'A.N.A.E.S. n'a pu répertorier qu'une seule méta-analyse (une revue systématique de la littérature regroupant plusieurs recherches sur le sujet) permettant de distinguer trois tableaux cliniques : des lombalgies aiguës, des lombalgies chroniques et des lombosciatiques aiguës. Parmi les vingt-neuf études contrôlées et répertoriées, trois concernaient la lombosciatique aiguë. Or, l'A.N.A.E.S. précise que ces trois recherches présentaient des faiblesses méthodologiques d'une part et que d'autre part, les résultats ne montraient pas de bénéfices au traitement par manipulations. Cette non-recommandation de l'organisme français s'appuie donc essentiellement sur une absence de preuve.

Aux U.S.A., cet aspect du problème fut étudié sous un autre angle, en particulier au travers des recommandations de pratique émises par l'American College of Physicians (Shekelle PG et al., Annals of Internal Medicine 1998) dont la particularité majeure est d'avoir proposé une distinction entre lombalgie et lombosciatique. La réflexion fut basée non pas uniquement sur les preuves d'efficacité (car encore inexistantes concernant la lombosciatique), mais sur le choix de l'indication des manipulations, ainsi que le rapport bénéfices/risques du traitement. Globalement, les lombosciatiques non compliquées (avec ou sans signe neurologique mineur, sans caractère évolutif) peuvent bénéficier d'un traitement par manipulations, même si l'indication reste incertaine.

Un tableau comparatif en annexe entre ces deux organismes (A.N.A.E.S./A.C.P.) a été réalisé concernant la méthode, l'évaluation et le résultat dans le cas de la lombosciatique.

|                     | Méthode Générale   | But du travail  | Méthodologie de la recherche   | Résultats   | Conclusion   | Commentaires  |
|---------------------|--|---|--|---|--|---|
| A.N.A.I.E.S. (2000) | Deux comités d'experts pluridisciplinaires : l'un consulté pendant l'étude et l'autre, par courrier. | Evaluer l'efficacité du traitement par manipulations.   | Recherche bibliographique à partir de banques de données internationales, sur une période de dix ans, complétée par une recherche manuelle.                        | Concernant la lombosciatique, il n'a été retrouvé que 3 études spécifiques, jugées de qualité incertaine ou à faible niveau de preuve.                  | <b>L'organisme ne recommande pas les manipulations dans les lombosciatiques de moins de 3 mois (non recommandées mais pas rejetées).</b> | Cette non-recommandation s'effectue sur une absence de preuve d'efficacité de la littérature. |
| A.C.P. (1998)       | Un comité d'experts pluridisciplinaires.   | Evaluer le caractère approprié de l'indication des manipulations, selon une échelle bénéfiques/risques, cotée de 1 à 9 (relatif au nombre d'experts). | Revue rétrospective de dossiers de patients, visant à définir le caractère approprié de l'indication des manipulations, accompagnée d'une revue de la littérature. | Pour la lombosciatique, l'indication est considérée incertaine puisque le score est compris entre 4 à 6 et qu'il existe un désaccord entre les experts. | <b>L'organisme conclut au caractère approprié des soins mais dont l'indication de la manipulation reste incertaine.</b>                  | En l'absence de preuve de la littérature, le comité n'a pas permis de trouver un consensus.   |

Il semblerait que la recherche s'oriente également aujourd'hui sur le mode d'action des manipulations dans le cas des lombosciatiques. Nous avons retrouvé deux études tendant à appuyer le fait qu'il existe bien une action neurophysiologique des manipulations vertébrales sur les radiculopathies. (Colloca CJ et al., J Manipulative Physiol Ther. 2004), (Floman Y et al., Eur Spine J 1997) Il faudra, à l'avenir, que cet effet physiologique soit rattaché à l'efficacité du traitement.

#### 4. A UNE ACTION COMBINÉE DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS

Rien ne permet d'éliminer la possibilité qu'une action combinée des différents traitements puisse favoriser un déroulement favorable de la thérapeutique. Il est évident que ce rapport de cas ne puisse pas apporter d'informations supplémentaires, dans la mesure où pour le moment, les seules études randomisées favorables comparent un traitement unique face à un placebo.

#### CONCLUSION

Le cas de lombosciatique, présenté dans ce travail, caractérise la difficulté dans l'évaluation de la prise en charge chiropratique, tant au niveau de l'indication, du mode d'action du traitement, que des résultats thérapeutiques. Le patient, présenté dans cette étude, a bénéficié des traitements d'usage, à la fois médical et physique. En outre, le fait qu'il ait pu disposer de cette panoplie thérapeutique complique l'évaluation relative de chacun des traitements.

Dans le cas présent, et compte tenu du rapport risques/bénéfices du traitement par manipulations, l'indication de poser un traitement chiropratique reste justifiée.

Malgré tout, il est difficile d'attribuer la réussite de cette prise en charge à une action thérapeutique précise. Sur le plan médical, l'action allopathique n'est pas établie.

En ce qui concerne la Chiropratique, le patient a présenté de nettes améliorations sur la douleur, les amplitudes articulaires et ses incapacités, dès le début de la prise en charge ; ainsi que le recouvrement du réflexe S1 gauche à plus long terme. Néanmoins, il reste difficile d'attribuer ce résultat au seul traitement par manipulations :

- D'une part, parce qu'il s'agit du rapport d'un seul cas,
- D'autre part, il est impossible de le comparer à ce qui aurait pu être une évolution naturelle ;
- Enfin le caractère subjectif de la douleur, même s'il est quantifié, reste difficile d'interprétation.

Il apparaît probable que la résorption progressive de la hernie et/ou de l'œdème radiculaire représente un facteur déterminant d'amélioration symptomatique dans le temps.

Pour pouvoir répondre précisément au problème posé précédemment, les études randomisées futures auront certainement deux objectifs précis :

- Sélectionner des lombosciatiques sur des critères précis (cause, durée d'évolution, absence de déficit radiculaire, etc.) et d'éviter de les inclure dans le groupe des lombalgies tel que cela a été fait jusqu'à présent ;
- Il semble préférable que cette efficacité thérapeutique soit jaugée contre placebo et sur un temps déterminé, afin

d'éliminer les éléments liés au processus naturel de guérison.

Pour finir, le mode d'action des manipulations reste une voie de recherche prédominante. Certains travaux semblent démontrer les effets physiologiques objectifs des manipulations sur les sciatiques discales. (Colloca CJ et al., J Manipulative Physiol Ther. 2004), (Floman Y et al., Eur Spine J 1997)

## RÉFÉRENCES

1. A.N.A.E.S. Service des Recommandations et Références Professionnelles. Prise en Charge Diagnostique et Thérapeutique des Lombalgies et Lombosciatiques Communes de Moins de Trois Mois d'Evolution. Février 2000.
2. Bigos SJ, Bower O, Braea G, Brown K, Deyo R, Haldeman S, et al. Acute Low Back Pain Problems in Adults: Clinical Practice Guideline no. 14. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1992. AHCPH publication no. 95-0642.
3. Colloca CJ, Keller TS, Gunzburg R. Biomechanical and neurophysiological responses to spinal manipulation in patients with lumbar radiculopathy. J Manipulative Physiol Ther. 2004 Jan;27(1):1-15.
4. Floman Y, Liram N, Gilai AN. Spinal Manipulation results in immediate H-reflex changes in patients with unilateral disc herniation. Eur Spine J, 1997; 6(6):398-401.
5. Haut Comité de Santé Publique. Le mal de dos. La santé en France. Rapport général. Paris : Documentation française ; 1994. p.275-7.
6. Hsieh CY, Adams AH, Tobis J, Hong CZ, Danielson C, Platt K, Hoehler F, Reinsch S, Rubel A. Effectiveness of Four conservative Treatments for Subacute Low Back Pain. Spine, 2002 Jun 1; 27(11):1142-8.
7. Koes BW, Scholten RJPM, Mens JMA, Bouter LM. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. Ann Rheum Dis 1997;56:214-23.
8. Maigne JY. Soulager le Mal de Dos. Paris : Masson ; 2001.
9. Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations : a systematic review and risk assessment. J Manipulative Physiol Ther. 2004 March;27(3):197-210
10. Roland M. Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. Spine, 2000 Dec 15;25(24):3115-24.)
11. Shekelle P G, Coulter I, Hurwitz E L, Genovese B, Adams A H, Mior S A, Brook R H. Congruence between Decisions to Initiate Chiropractic Spinal Manipulation for Low Back Pain and Appropriateness Criteria in North America. Annals of Internal Medicine, 1 July 1998. 129:9-17.
12. Simon L, Hérisson Ch, Privat JM, Bouvier JP, Fedou P. La Hernie Discale Lombar. 2nd tirage. Paris : Masson ; 1991. 1-4.
13. Triano JJ, McGregor M, Hondras MA, Brennan PC. Manipulative Therapy versus Education Programs in Chronic Low Back Pain. Spine, 1995. 20(8) :948-55.
14. Valat JP, Goupille P, Vedere V. Lombalgies et Sciatiques. Paris : Doin ; 1995.
15. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic non specific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. Spine 1997;22:2128-56.
16. Weber H, Holme I, Amlie E. The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in a double-blind placebo-controlled trial evaluating the effect of piroxicam. Spine 1993;18:1433-8.