

Traitement de la sciatique aiguë par inhibiteur du TNF- α

S. Genevay, S. Dresse Stingelin, C. Gabay,

Hôpital Beau-Séjour, Service de rhumatologie – 26, avenue Beau-Séjour - CH-1211 Genève 14 Suisse

Bases théoriques : La lombosciatique est le plus souvent liée à la présence d'une hernie discale lombaire. Néanmoins, il est maintenant acquis que la composante compressive de la hernie ne suffit pas à expliquer les symptômes. Depuis plus de dix ans, les modèles animaux et les études *ex vivo* sur le tissu discal accumulent les évidences en faveur de processus inflammatoires qui irriteraient la racine nerveuse et la rendraient sensible à une compression.

Parmi les nombreux médiateurs de l'inflammation retrouvés localement, le TNF- α tient une place importante, en raison de sa neurotoxicité directe et de sa présence dans la hernie discale. S'appuyant sur ces données, un modèle animal a été réalisé *in vivo* chez le rat. La simple application sur une racine nerveuse de TNF- α extrait du noyau pulpeux suffisait à induire une clinique et des modifications histologiques et électrophysiologiques typiques de la sciatique, suggérant ainsi un rôle déterminant du TNF- α dans cette pathologie.

Patients et méthodes : Une étude pilote a été réalisée sur dix patients souffrant d'une sciatique aiguë (moins de huit semaines) sévère. La sévérité était définie par la nécessité d'une hospitalisation et par l'intensité de la douleur dans la jambe, mesurée par une échelle visuelle analogique (EVA : pour la jambe : EVAj), avec un minimum requis de 50 sur une échelle de 0 à 100. En plus du traitement standard (excluant la cortisone), ces patients ont reçu trois doses d'éta nercept 25 mg administrées par voie sous-cutanée à trois jours d'intervalle (J1, J4, J7).

Un groupe contrôle historique mais prospectif avait été constitué l'année précédente. Ces dix patients, consécutivement hospitalisés en raison d'une sciatique sévère, avaient reçu un traitement standardisé comprenant, en plus du traitement classique, de la cortisone sous la forme de trois doses de méthylprednisolone 250 mg intraveineux administré à J1, J4 et J7.

L'évaluation a porté principalement sur l'EVAj à six semaines, mais également sur l'EVA de la douleur du dos (EVA_d), et sur deux questionnaires fonctionnels : EIFEL et Oswestry (ODI), réalisés au 10^e jour et à la 6^e semaine.

Résultats : A l'inclusion, les deux groupes avaient des données démographiques et cliniques similaires. Au 10^e jour, l'évolution était favorable et comparable dans les deux groupes, tant pour la douleur (EVAj, EVA_d) que le handicap fonctionnel (ODI et EIFEL). Par la suite, on note une poursuite de l'amélioration dans le groupe éta nercept, mais pas dans le groupe méthylprednisolone. A la 6^e semaine, la différence était cliniquement et statistiquement en faveur de l'éta nercept : EVAj (12 versus 56, $p < 0.001$), EVA_d (7 versus 47 $p < 0.001$) et ODI (17 versus 33 $p < 0.05$). EIFEL était nettement amélioré (6 versus 11), mais pas de manière statistiquement significative. Un patient dans chaque groupe a nécessité une intervention chirurgicale

Conclusion : L'utilisation d'éta nercept permet une amélioration prolongée de la douleur et du handicap fonctionnel chez les patients souffrant de sciatique sévère. Bien qu'il s'agisse d'une étude pilote sur un petit nombre de patients, ce traitement s'est révélé supérieur à l'administration de corticoïdes. Ces résultats sont concordants avec les données expérimentales suggérant un rôle important du TNF- α dans la pathogenèse de la lombosciatique et ouvrent la voie à une nouvelle approche thérapeutique pour les formes sévères.