

— NEUROSCIENCES ET PHYSIOPATHOLOGIE APPLIQUÉES

Sciastique

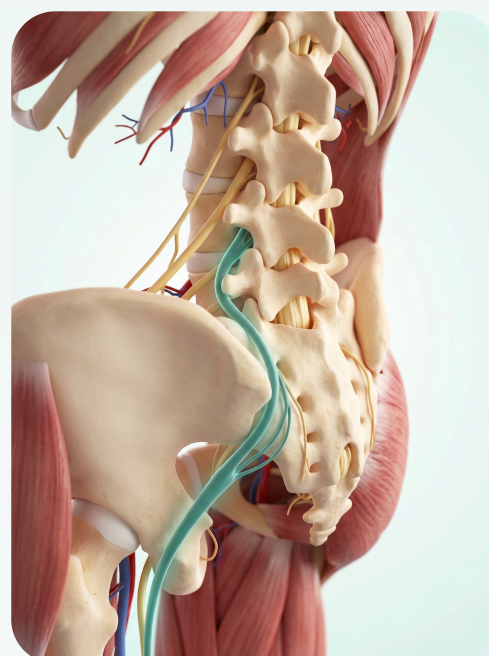
comprendre pour mieux traiter.

Mécanismes, tableaux cliniques, diagnostic différentiel et prise en charge : un guide fondé sur les données actuelles, à l'usage des kinésithérapeutes et des professionnels de santé.

Introduction et chapitre 1

Signes d'alerte

Extrait de l'édition complète



Le premier chapitre, *en entier*.

Cette édition reprend, sans coupe, l'introduction et le premier chapitre de « Sciatique : comprendre pour mieux traiter », et les signes d'alerte du chapitre 8. Elle se lit en vingt minutes et se suffit à elle-même : la distinction qu'elle installe change déjà la façon d'examiner une jambe douloureuse.

Ce que vous allez lire

- ✓ Pourquoi « nerf pincé » explique mal ce que vit le patient.
- ✓ Douleur référée, douleur radiculaire, radiculopathie : trois mécanismes, trois examens, trois pronostics.
- ✓ Les signes qui imposent d'orienter, et dans quel délai.

Ce que vous trouverez ensuite

- ✓ La racine, sa vascularisation, la pression, l'inflammation, la sensibilisation centrale, le disque.
- ✓ Cinq tableaux cliniques, l'examen et le diagnostic différentiel.
- ✓ Une prise en charge par phase et par mécanisme, cinq cas commentés, les annexes.

DONNÉES CLINIQUES

Trois étiquettes jalonnent le texte : **données cliniques** (essais, cohortes, revues chez l'humain), **données expérimentales** (modèles animaux, cadavres, laboratoire) et **hypothèse** (explication plausible, non démontrée). Les chiffres ont été vérifiés dans les publications originales en septembre 2026 ; les illustrations ont été générées par intelligence artificielle (Gemini), puis relues une à une.

Au programme.

<i>Introduction</i>	« C'est un nerf pincé. » Vraiment ?	4
<i>1</i>	Trois mécanismes sous un seul mot	7
<i>Extrait</i>	Signes d'alerte : quand orienter, et à quelle vitesse	1
<i>Aperçu</i>	Ce que contient l'édition complète	1
<i>La suite</i>	Pour aller plus loin	1

« C'est un nerf pincé. » *Vraiment ?*

La sciatique est l'un des motifs de consultation les plus fréquents en kinésithérapie, et l'un des plus mal expliqués. L'image du disque qui écrase un nerf n'est pas fausse : elle est incomplète, et ce qui lui manque est souvent ce qui décide de la prise en charge.

1 à 43 %

prévalence de la sciatique selon les études, tant ses définitions varient (Konstantinou et Dunn, 2008)

74 %

des patients consultant en soins primaires pour une douleur lombaire irradiant dans la jambe reçoivent un diagnostic clinique de sciatique (cohorte ATLAS, 2015)

87 %

se disent améliorés à 12 semaines, avec ou sans repos au lit (Vroomen et al., 1999)

Quatre paradoxes que le modèle « nerf pincé » n'explique pas

Une sciatique sans compression

Une racine peut produire une douleur radiculaire intense au simple contact d'un matériel discal, sans pression mesurable. C'est la découverte d'Olmarker, au chapitre 5.

Une douleur sans rapport avec la taille

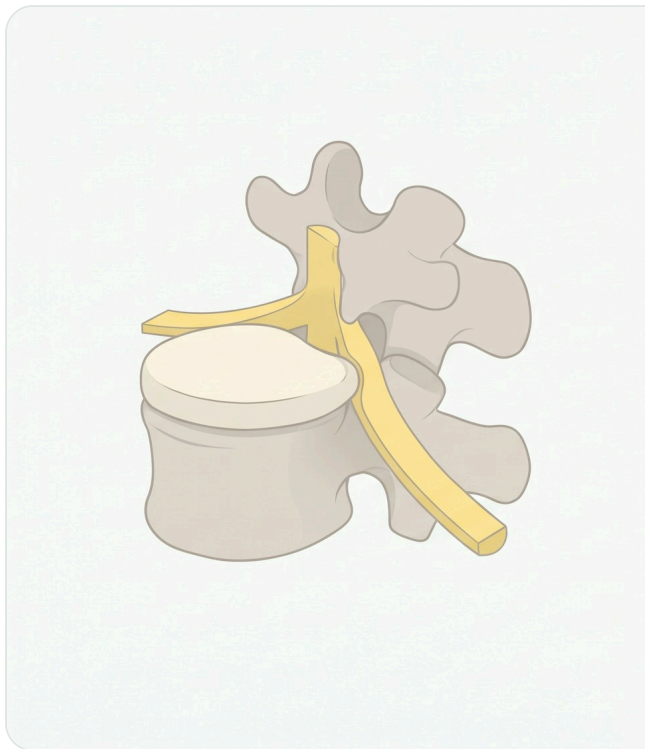
La taille d'une hernie à l'IRM ne prédit ni l'intensité de la douleur, ni son évolution. Les grosses extrusions sont même celles qui régressent le plus souvent.

Une guérison avec la hernie en place

Beaucoup de patients vont bien alors que l'image n'a pas changé. La cicatrisation du nerf et l'extinction de l'inflammation ne se voient pas sur une coupe sagittale.

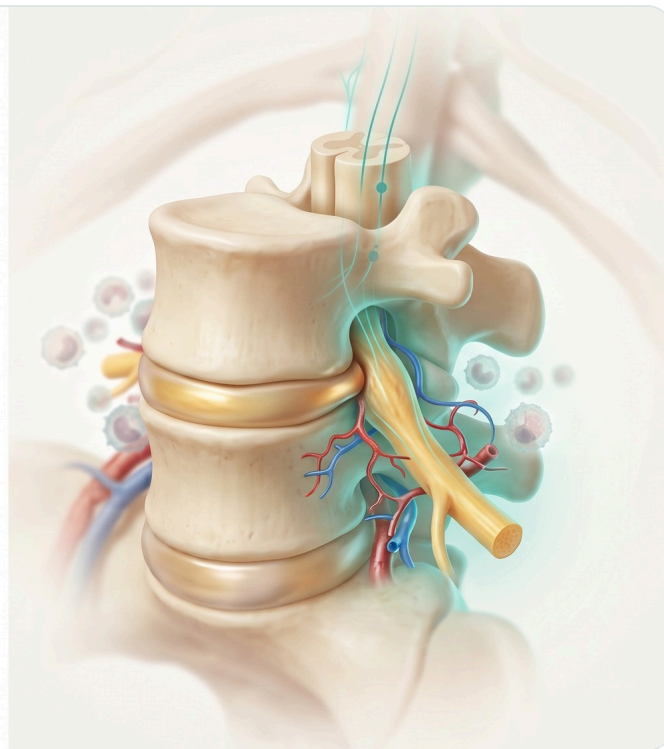
Une chronicité sans lésion

À l'inverse, certains patients gardent une douleur étendue, parfois des deux côtés, alors que l'imagerie est redevenue banale. Le système nerveux central a pris le relais.



Lecture classique

Un disque qui appuie sur un nerf : une cause, un effet.



Lecture actuelle

Mécanique, vasculaire, chimique et central : des mécanismes qui coexistent et s'entretiennent.

FIGURE 1 Deux lectures de la sciatique. La lecture actuelle ne remplace pas la mécanique : elle la replace parmi d'autres mécanismes qui coexistent et s'entretiennent.

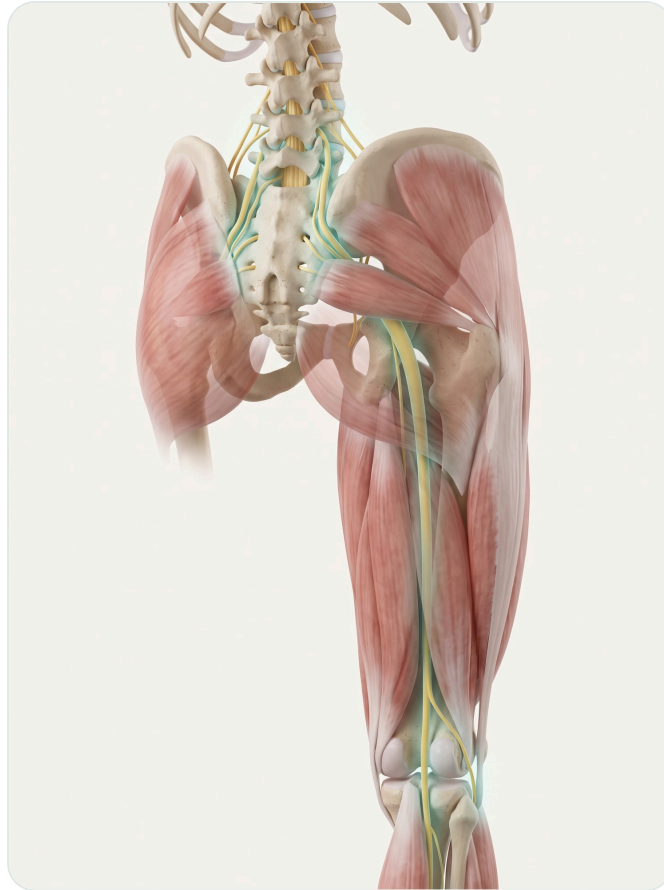


FIGURE 2 Le trajet du nerf sciatique, vue postérieure du membre inférieur droit. Les racines L4 à S3 forment le plexus lombosacré ; le nerf quitte le bassin sous le muscle piriforme, descend à la face postérieure de la cuisse et se divise au-dessus du genou en nerf tibial et nerf fibulaire commun. Une irritation à n'importe quel point de ce trajet peut se faire sentir dans la jambe.

Ce que ce guide propose

Remplacer une explication unique par une question : **quel est le mécanisme dominant chez ce patient, aujourd'hui ?** Mécanique, vasculaire, chimique, immunitaire, central : ces mécanismes ne s'excluent pas, ils se succèdent et se superposent. Les reconnaître change ce que l'on examine, ce que l'on explique au patient, le rythme auquel on progresse, et le moment où l'on passe la main.

Le guide suit l'ordre d'un raisonnement clinique : d'abord les mots (chapitre 1) et l'anatomie qui explique la vulnérabilité de la racine (chapitres 2 et 3), puis les mécanismes (chapitres 4 à 7), enfin leur traduction au cabinet : tableaux cliniques, diagnostic différentiel, prise en charge et cas commentés (chapitres 8 à 11).

Comment lire les niveaux de preuve

Une partie de ce que l'on sait de la racine nerveuse vient d'expériences chez l'animal, et une autre reste à l'état d'hypothèse. Le guide le signale, pour que chaque affirmation soit lue avec le poids qu'elle mérite :

DONNÉES CLINIQUES

essais, cohortes ou revues chez l'humain

DONNÉES EXPÉRIMENTALES

modèles animaux, cadavres, études de laboratoire

HYPOTHÈSE

explication plausible, non démontrée

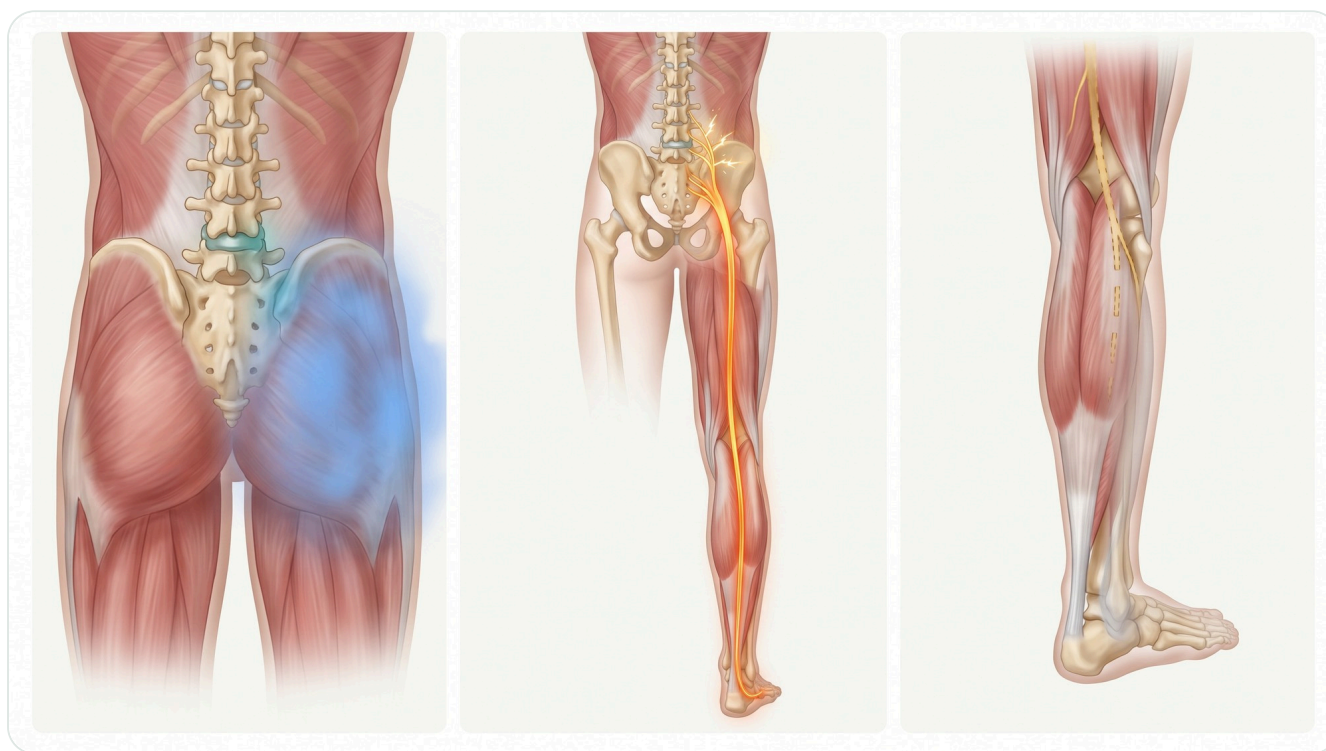
Trois mécanismes *sous un seul mot.*

« Sciatique » décrit une localisation, pas un mécanisme. Sous ce mot se rangent au moins trois phénomènes différents, qui ne s'examinent pas, ne s'expliquent pas et ne se prennent pas en charge de la même façon.

La terminologie des affections discales lombaires reste confuse, et cette confusion gêne la communication entre cliniciens, radiologues et chercheurs.

D'après Milette, *American Journal of Neuroradiology*, 1997

Près de trente ans plus tard, le constat tient toujours. Un compte rendu d'IRM parle de « conflit », un courrier de « sciatalgie », un patient de « nerf coincé », et chacun croit parler de la même chose. Commençons donc par les définitions.



Douleur référée

Signal somatique, mal localisé : sourde, profonde, sans territoire.

Douleur radiculaire

Décharges ectopiques : électrique, lancinante, en bande étroite.

Radiculopathie

Conduction bloquée : hypoesthésie, faiblesse, réflexe diminué.

FIGURE 3 Trois mécanismes distincts. Ils peuvent coexister chez un même patient, et c'est même fréquent.

1. La douleur somatique référée

Définition. Douleur perçue à distance de sa source, lorsque cette source est une structure somatique (disque, articulation zygapophysaire, articulation sacro-iliaque, muscle, ligament) et non le nerf lui-même.

Mécanisme. Les afférences de la structure lésée et celles de la peau ou des muscles de la fesse et de la cuisse convergent sur les mêmes neurones de la corne dorsale. Le cerveau, qui reçoit un message sans étiquette précise, l'attribue à un territoire plus vaste que la source.

- Douleur sourde, profonde, pesante, difficile à pointer du doigt.

- Territoire diffus, qui ne suit pas un dermatome ; le plus souvent fesse et cuisse, parfois plus bas.
- Aucun signe neurologique : ni déficit sensitif, ni déficit moteur, ni réflexe modifié.
- Varie avec la mise en charge de la structure en cause plutôt qu'avec la mise en tension du nerf.

Exemple. Une douleur fessière sourde apparue après le port d'une charge, qui descend vaguement à la face postérieure de la cuisse, sans aucun signe neurologique, et que la mise en tension neurale ne reproduit pas.

2. La douleur radiculaire

Définition. Douleur provoquée par des potentiels d'action ectopiques, c'est-à-dire nés au mauvais endroit : dans la racine ou dans le ganglion spinal, au lieu des terminaisons nerveuses.

Mécanisme. Une racine irritée (par l'inflammation, une déformation mécanique ou une ischémie) devient capable de décharger d'elle-même ou au moindre étirement. Le cerveau projette ces décharges dans le territoire que la racine innerve.

- Douleur vive, lancinante, électrique, en éclair ou en brûlure.
- Distribuée dans une bande étroite qui descend dans le membre, souvent sous le genou.
- Territoire proche de celui de la racine, sans le recouvrir exactement : les cartes de dermatomes sont des moyennes, et les territoires douloureux réels les débordent souvent.
- Souvent accompagnée de paresthésies (fourmillements, engourdissement ressenti).
- Provoquée ou majorée par la mise en tension neurale, la toux, l'éternuement.

3. La radiculopathie

Définition. Perte de fonction de la racine : les influx ne passent plus, ou passent mal. C'est un bloc de conduction, sensitif, moteur, ou les deux.

- Hypoesthésie dans un dermatome.
- Faiblesse dans un myotome.
- Réflexe diminué ou aboli.
- Signes souvent plus discrets que dans une neuropathie périphérique, parce que les territoires radiculaires se chevauchent.

Ce sont des signes négatifs

La douleur radiculaire est un signe **positif** (quelque chose de plus), la radiculopathie un ensemble de signes **négatifs** (quelque chose de moins). Les deux se dissocient : une radiculopathie peut être indolore, et une douleur radiculaire intense peut s'accompagner d'un examen neurologique parfaitement normal. Seul l'examen neurologique fait la différence ; le récit de la douleur ne suffit pas.

Deux notions voisines

Douleur neuropathique

Définition de l'IASP : douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel. La douleur radiculaire en est une forme. Le système de gradation NeuPSIG (Finnerup et al., 2016) la qualifie de *possible*, *probable* ou *définie* selon que l'histoire, l'examen puis un test confirmatoire convergent.

Claudication neurogène

Douleur, lourdeur ou paresthésies des membres inférieurs provoquées par la marche ou la station debout, soulagées par l'assise ou l'antéflexion. Elle signe le plus souvent une sténose du canal ou des récessus, chez le patient de plus de 60 ans, et se distingue de la claudication artérielle (chapitre 9).

Pourquoi la distinction change tout

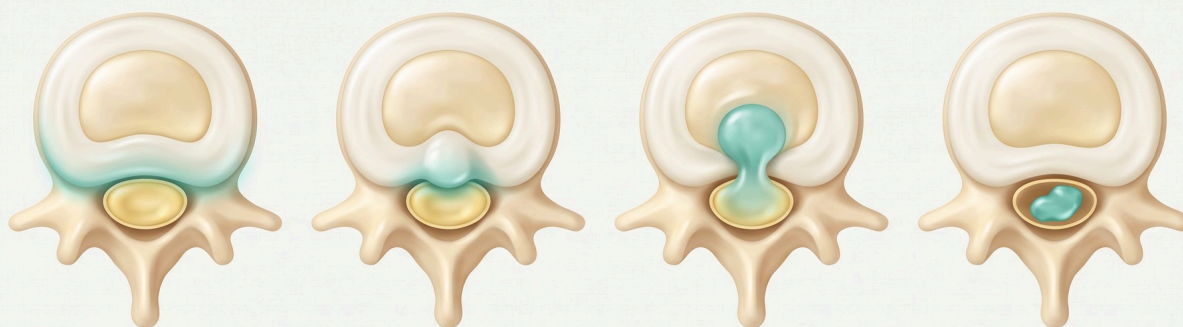
	Douleur référée	Douleur radiculaire	Radiculopathie
Ce qu'on cherche	La structure somatique source	Le site d'irritation de la racine	Le niveau et l'importance du déficit
Examen clé	Tests de mise en charge et de provocation	Tests neurodynamiques, palpation des troncs	Examen neurologique complet, répété
Ce qu'on surveille	La réponse à la mise en charge	L'irritabilité, la centralisation	L'évolution du déficit dans le temps
Axe de prise en charge	Exercice, mise en charge progressive, thérapie manuelle	Éducation, gestion de l'irritabilité, mouvement à dose tolérée, neurodynamique	Surveillance, récupération motrice, orientation si aggravation

« Sciatique » : utile avec le patient, imprécis entre nous

Le mot reste le bon pour parler au patient : c'est le sien. Entre soignants, en revanche, il ne suffit pas. Un compte rendu qui dit « sciatique L5 » ne dit pas si la douleur est radiculaire, si la racine conduit encore, ni si une part de la douleur de fesse vient d'ailleurs. Écrire les trois séparément, c'est rendre le suivi lisible, par soi-même comme par le médecin.

La nomenclature des débords discaux

Un compte rendu d'IRM emploie des mots précis, fixés par la nomenclature commune des sociétés américaines de rachis et de neuroradiologie (Fardon et al., 2014). Les connaître évite de transmettre au patient une inquiétude que le radiologue n'a pas voulu exprimer.



Bombement

Débord diffus, plus de 25 % du pourtour

Protrusion

Débord focal, base plus large que le dôme

Extrusion

Dôme plus large que la base, ou migration

Séquestration

Fragment détaché du disque

FIGURE 4 Les quatre catégories de débord. Le mot « hernie » les recouvre toutes ; il ne dit rien de la gravité.

→ EN PRATIQUE

- Un **bombement** n'est pas une hernie au sens strict : c'est un débord diffus, très fréquent sans aucun symptôme.
- Protrusion et extrusion se distinguent par la forme (base plus large ou plus étroite que le dôme), pas par la gravité.
- L'extrusion et la séquestration sont les formes qui **régressent le plus souvent** (chapitre 7) : c'est une nouvelle à donner au patient, pas une menace.

Le vocabulaire que l'on transmet

Plutôt que	Préférer	Parce que
« Votre nerf est coincé, écrasé »	« Votre nerf est irrité, il est devenu sensible »	La compression pure est rare ; l'irritation est la règle, et elle se calme.
« Le disque a glissé, est sorti »	« Le disque a une fissure, du matériel en est sorti, et le corps sait le résorber »	Un disque ne se déplace pas ; la résorption est fréquente.
« Votre dos est abîmé, usé »	« Ce que montre l'IRM est très fréquent chez des personnes sans douleur »	Les signes de vieillissement discal sont la norme après 40 ans.
« Il ne faut surtout pas bouger »	« On va trouver ensemble les mouvements que votre nerf tolère aujourd'hui »	Le repos strict n'accélère pas la récupération (Vroomen et al., 1999).

POINTS CLÉS

- ✓ Douleur référée, douleur radiculaire et radiculopathie sont trois mécanismes distincts, souvent associés.
- ✓ La douleur radiculaire est un signe positif, la radiculopathie un signe négatif : seul l'examen neurologique les sépare.
- ✓ Identifier le mécanisme dominant oriente l'examen, l'explication et le plan.
- ✓ Les mots employés avec le patient pèsent sur son évolution : choisir ceux qui décrivent une irritation qui se calme, pas une structure cassée.

Signes d'alerte : quand orienter, et à quelle vitesse

Orientation médicale le jour même

- **Syndrome de la queue de cheval** : troubles urinaires récents (rétention, fuites, jet faible), anesthésie en selle, incontinence ou perte de sensation anale, troubles sexuels récents, sciatique bilatérale ou à bascule.
- Déficit moteur sévère ou qui s'aggrave d'une séance à l'autre.
- Fièvre, altération de l'état général, immunodépression, usage de drogues intraveineuses, infection récente.
- Antécédent de cancer avec douleur nouvelle, amaigrissement inexpliqué.
- Traumatisme significatif, ou ostéoporose connue avec traumatisme mineur.

Avis médical rapide, sous 24 à 72 heures

- **Sciatique hyperalgique** : douleur résistante aux antalgiques les plus forts prescrits.
- Déficit moteur modéré, même stable.
- Douleur nocturne constante, non mécanique.
- Aggravation nette malgré une prise en charge bien conduite.

Drapeaux jaunes : facteurs de chronicité

- Catastrophisme, peur du mouvement, comportements d'évitement.
- Conviction que le problème va durer, ou qu'il faut attendre d'avoir moins mal pour bouger.
- Détresse, humeur dépressive, troubles du sommeil.
- Contexte professionnel difficile, arrêt de travail qui s'allonge, litige.

→ À CHAQUE SÉANCE

Les signes de queue de cheval se **demandent** à chaque séance tant que la sciatique est active : le patient ne les rapporte pas spontanément, par gêne ou parce qu'il n'en voit pas le lien. Donner au patient une consigne écrite de ce qui doit le faire consulter en urgence (annexe 4) fait partie de la prise en charge.

Ce que contient *l'édition complète.*

11

chapitres

5

cas commentés

26

illustrations

5

annexes prêtes à l'emploi

Introduction

« C'est un nerf pincé. » Vraiment ?

INCLUS

Partie I Fondements

1

Trois mécanismes sous un seul mot

INCLUS

2

Le complexe radiculaire, ingénieux et exposé

3

Vascularisation : le facteur oublié

Partie II Mécanismes

4

Pression mécanique : au-delà de l'écrasement

5

Irritation chimique : l'inflammation en question

6

Quand le système nerveux prend le relais

7

Le disque, un tissu vivant

Partie III Clinique

8

Cinq tableaux à reconnaître

EXTRAIT

9

Examen et diagnostic différentiel

10

Une prise en charge guidée par les mécanismes

11

Cinq cas commentés

Conclusion

D'un nerf pincé à un système qui s'adapte

Annexes

Échelles, tests, orientation, fiche patient, glossaire

Bibliographie

Toutes les références, par thème

Annexes : échelles d'évaluation, tests cliniques pas à pas, critères d'orientation, fiche à remettre au patient (« Votre sciatique, en clair »), glossaire. Bibliographie complète, classée par thème.

L'édition complète, *au tarif partenaire.*

Créez votre espace professionnel Malodo : c'est gratuit, sans engagement, et il ne vous oblige à orienter personne. Vous y trouverez :

- ✓ l'édition complète de ce guide, au tarif partenaire ;
- ✓ la fiche « Votre sciatique, en clair », à remettre à vos patients, avec le lien de votre cabinet ;
- ✓ une affiche pour votre salle d'attente, et un lien à coller dans vos consignes de rendez-vous.



Créer mon espace
malodo.pro/espace-pro

1

Remplissez le formulaire

Deux minutes, en bas de la page espace professionnels.

2

Ouvrez votre accès

Il part immédiatement à l'adresse indiquée.

3

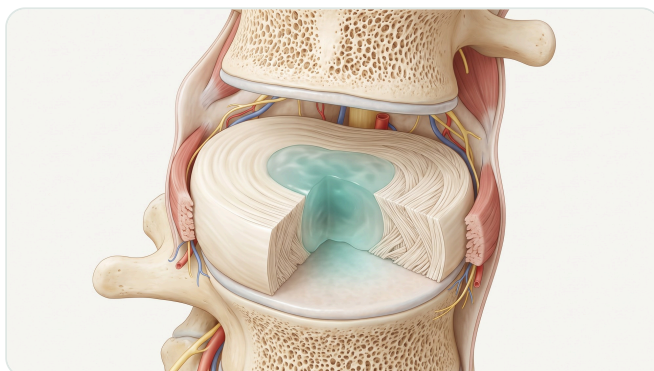
Commandez

L'édition complète est dans l'onglet Ressources, la fiche patient dans l'onglet Partager.

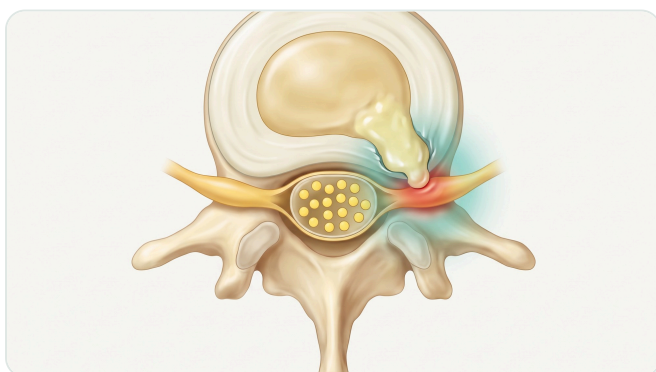
UN APERÇU DE CE QUI VOUS ATTEND



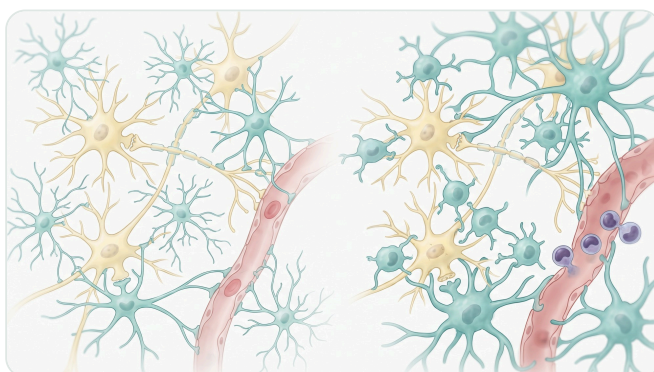
La colonne lombaire



Le disque, un quart retiré



Hernie postéro-latérale



Glie au repos et activée

Vous l'avez trouvée utile ?

Transmettez-la à un confrère ou à une consœur : cette édition découverte se partage librement, telle quelle. Sans espace professionnel, l'édition complète se commande aussi sur malodo.pro/ebook-sciatique.

— L'AUTEUR

Jimmy Renaud

Masseur-kinésithérapeute, fondateur de Malodo. Sa pratique porte sur le rachis lombaire et les douleurs radiculaires, et il a conçu les programmes d'exercices et les critères d'orientation de Malodo.

FORMATIONS CONTINUES

Méthode McKenzie, colonne lombaire

McKenzie Institute International, 2021

Discopathie et douleurs discogéniques

CFPCO, 2025

Douleurs lombaires et douleurs référées

Agence EBP, 2024

Neurodynamique du membre inférieur

Kpten Formation, 2019

— POUR VOS PATIENTS QUI ATTENDENT

Une salle d'attente *active*.

Quand le délai avant la première séance ou la consultation spécialisée se compte en semaines, Malodo propose à vos patients une évaluation en ligne puis un programme d'exercices guidés, gratuit pour eux. Les situations qui relèvent d'un avis médical sont repérées par l'évaluation et orientées vers un professionnel de santé plutôt que vers un programme.

- ✓ Un lien propre à votre cabinet, à coller dans vos consignes de rendez-vous.
- ✓ Aucune donnée de patient ne transite par vous.
- ✓ Le rendez-vous est maintenu : Malodo complète la prise en charge, il ne la remplace pas.



Espace professionnels

malodo.pro/espace-pro