

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

FICHE TRAITEMENT D'UNE DISCOPATHIE LOMBAIRE PAR THERMOCOAGULATION PERCUTANÉE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

DE QUELLE MALADIE SOUFFREZ-VOUS ?

Les vertèbres lombaires (L1 à L5) et le sacrum (S1) sont séparés par les disques intervertébraux qui jouent un rôle d'amortisseur. Le disque est formé à sa périphérie d'un manchon fibreux (annulus) résistant et élastique qui maintient la cohésion des vertèbres et en son centre d'un noyau gélatineux (nucléus).

Un ligament épais et solide, le ligament vertébral commun postérieur, parcourt l'arrière des corps vertébraux et des disques. Il contribue à la cohésion des vertèbres lors des mouvements et maintient le disque en arrière.

Le canal rachidien est l'orifice situé derrière les corps vertébraux et les disques et entre les articulaires postérieures. Il contient les racines des nerfs qui proviennent de la moelle épinière et qui se dirigent vers le bas du corps. La moelle épinière se termine au niveau des dernières vertèbres dorsales, au niveau lombaire le canal rachidien ne contient donc que des nerfs qui forment la « queue de cheval ».

Le nerf sciatique est formé par la réunion de deux racines nerveuses, L5 et S1. Ces dernières sortent du canal vertébral en passant derrière les disques.

LA DISCOPATHIE

Le disque est normalement très solide et riche en eau mais son usure naturelle est inévitable par déshydratation (dès l'âge de 25-30 ans) expliquant sa diminution de hauteur avec l'âge. Cette dégénérescence ne provoque toujours de douleur car elle est lente et stable.

Cette « involution » du disque est parfois plus rapide, s'associant à une instabilité alors plus douloureuse, la survenue d'une hernie discale est possible. Tandis que le nucleus se fragmente, l'annulus se fendille et permet à des fragments de nucléus de migrer vers l'arrière du disque. A ce stade le disque va souvent présenter un simple bombement à sa partie postérieure, c'est la protusion discale, qui peut se traduire par des lombalgies plus ou moins aiguës, parfois des sensations de blocage lombaire (lumbago).

Si l'altération du disque se poursuit et que le nucleus continue son recul à travers l'annulus, il va provoquer une saillie à l'arrière du disque : c'est la hernie discale. La hernie est d'abord maintenue par le ligament postérieur (hernie sous ligamentaire) mais si le ligament se déchire un fragment de disque peut s'exclure (hernie extra ligamentaire) et migrer dans le canal rachidien au contact des nerfs.

LA SCIATIQUE

C'est la douleur dans le territoire innervé par le nerf sciatique. Son trajet descend typiquement dans le membre inférieur, du haut de la fesse jusqu'au bout pied. En fonction de la localisation exacte de la douleur, on peut déterminer quelle racine nerveuse souffre (L5 ou S1) et l'origine de la douleur (disque L4-L5 ou L5-S1).

LA CRURALGIE

C'est une douleur du même type mais son origine provient d'une souffrance d'une ou plusieurs racines du nerf crural situé au niveau des vertèbres L2 à L4.

La cause la plus fréquente de la sciatique est la hernie discale mais ce n'est pas toujours le cas. Il peut s'agir de

lésions arthrosiques du rachis atteignant les articulaires postérieures ou d'un rétrécissement du canal lombaire. Plus rarement les racines du nerf sciatique peuvent être agressées par d'autres affections de la colonne vertébrale et de son voisinage : lésions traumatiques, tumeurs et métastases, infection. Il peut également survenir une atteinte du nerf sciatique lui-même : zona, névrites d'origine inflammatoire ou toxique voire métabolique.

Toutes les sciatiques ne proviennent pas d'une hernie discale et une hernie discale peut n'être responsable d'aucune douleur.

L'ÉVOLUTION NATURELLE

→ Les discopathies ne guérissent pas dans le sens où le disque ne peut plus retrouver son aspect originel mais si l'évolution est lente et stable progressivement (en quelques années) les douleurs aiguës s'atténuent ainsi que les douleurs chroniques lombaires, le disque se tasse fortement, peuvent apparaître à plus long terme des phénomènes arthrosiques.

→ La plupart des sciatiques par hernies discales (80 à 90%) guérit avec un traitement médical (conservateur). Le traitement médical comporte un repos relatif, des anti-inflammatoires ou des corticoïdes, des décontractants musculaires et des antalgiques. Ce traitement médical peut demander 6 à 8 semaines pour être efficace. En cas d'inefficacité de ce traitement, des infiltrations lombaires de corticoïdes peuvent être proposées. Les éventuels effets secondaires de la cortisone limitent habituellement à 3 le nombre d'infiltrations.

L'infiltration est parfois « radioguidée » permettant d'injecter le produit actif de façon beaucoup plus précise sur le site responsable de la douleur. Le port d'un corset rigide améliore souvent la douleur au début d'une crise. L'immobilisation du disque permet une cicatrisation plus rapide. Il faut généralement le porter entre 3 et 5 semaines suivies d'une rééducation active.

La kinésithérapie accompagne souvent le traitement de la lombosciatique. Les massages ont un effet antalgique. Les étirements peuvent parfois « débloquer » la colonne. Toute manipulation doit être très prudente et effectuée par un professionnel après les vérifications nécessaires car elle peut aggraver la situation en provoquant l'expulsion d'une hernie débutante et des complications neurologiques.

Ce n'est que lorsque les traitements médicaux sont inefficaces qu'il faut avoir recours à la chirurgie.

→ La compression du nerf sciatique, quand elle est suffisamment prolongée et/ou importante peut être responsable de troubles neurologiques : Il peut s'agir d'un déficit de la sensibilité qui comporte de manière variable des douleurs dans les membres inférieurs, des sensations de fourmillements ou de picotements (paresthésies), des sensations de perturbation de la sensibilité (dysesthésies) pouvant aller jusqu'à une perte complète de la sensibilité (anesthésie).

Il peut s'agir d'un trouble de la motricité qui survient dans le territoire du nerf. Le plus fréquent est le déficit des muscles releveurs du pied. On constate alors une boiterie (steppage) par impossibilité de relever la pointe du pied. L'atteinte du nerf crural est responsable d'un déficit de force de la cuisse. L'atteinte des dernières racines sacrées est responsable de troubles des sphincters avec une insensibilité des parties génitales et des difficultés à uriner ou à la défécation.

Lorsque plusieurs racines nerveuses sont atteintes on parle de « syndrome de la queue de cheval ». Il s'agit d'une urgence chirurgicale car les troubles neurologiques peuvent être définitifs.

Exercée en permanence, la pression de la hernie discale peut entraîner des lésions irréversibles.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une opération par thermo coagulation per cutanée. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

QU'EST-CE QUE L'IDET ?

L'IDET (Intradiscal Electrothermal Therapy), est une procédure réalisée pour traiter une lombalgie chronique d'origine discale. L'IDET utilise une sonde insérée en percutané sous contrôle radioscopique directement dans le disque pour chauffer le tissu discal sans le détruire. L'augmentation de température induit une rétraction des tissus, une destruction des filets nerveux en cause dans la douleur discogénique. Les résultats de cette nouvelle procédure sont encore en cours d'étude.

Quand l'IDET est-elle recommandée ? Pour les patients :

→ Souffrants de lombalgie chronique depuis plus de 3 mois.

→ N'ayant pas d'antécédent d'intervention chirurgicale au niveau du disque dégénératif.

- Ayant une confirmation à l'IRM de la lésion discale.
- Ayant une douleur concordante lors de la discographie.

COMMENT L'IDET EST-ELLE RÉALISÉE ?

Généralement la technique est réalisée en chirurgie ambulatoire, en salle d'intervention conventionnelle, sous sédation légère (prémédication) et anesthésie locale.

Le chirurgien utilise un guide sonde guidé par radioscopie pour pénétrer dans le disque malade, la sonde monte progressivement en température jusqu'à 85° pendant 5 minutes.

Le patient est gardé sous surveillance médicale pendant deux heures, puis peut rentrer à la maison en évitant les efforts sur la colonne lombaire (penché en avant, mouvements de torsion).

Quelles sont les suites immédiates ? Il existe souvent une période de 24-48h où les douleurs peuvent être majorées, elle est généralement bien maîtrisée par les antalgiques et anti-inflammatoires. Le résultat est acquis en six semaines, les exercices de rééducation peuvent être démarrés à deux mois.

Les complications possibles : l'IDET est une procédure fiable, peu de complications ont été rapportées.

LES COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle tout seul. Le risque, s'il augmente de façon importante, est de comprimer les voies respiratoires ou même la moelle épinière et peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

Plus rarement

L'infection nosocomiale du disque.

Les lésions possibles lors du passage de la sonde : lésions vasculaires, digestives ou de la racine nerveuse ou de la moelle.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Les premières études montrent des résultats encourageants sur la douleur lombaire (60-80% des patients sont améliorés), si les patients ont été sélectionnés sur les critères décrits plus haut. Il n'est pas possible aujourd'hui de décrire les résultats à long terme. (Affaissement discal tardif instabilité discale).

En tout état de cause il s'agit d'une procédure qui si elle était mise en échec, ne coupe pas les ponts pour la réalisation d'une chirurgie classique.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION DE LA COLONNE

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

- Date de remise du document au patient (e) :
- Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher