

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

TRAITEMENT PAR THORACOSCOPIE D'UNE HERNIE DISCALE THORACIQUE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

DE QUOI SOUFFREZ-VOUS ?

Les vertèbres dorsales ou thoraciques sont séparées par des disques 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, 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 ».

LA HERNIE DISCALE

Le disque est normalement très solide et riche en eau mais son usure naturelle est inévitable par déshydratation (dès l'âge de 30 ans) expliquant sa diminution de hauteur avec l'âge. Cette dégénérescence ne provoque le plus souvent aucune douleur.

Cette « involution » du disque est parfois émaillée de complications dont la survenue d'une hernie discale est la plus fréquente. 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 protrusion 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.

Dans la région thoracique les hernies discales sont rares et parfois ne se manifestent que tardivement après leur formation. Dans ce cas elles sont souvent calcifiées et adhérentes au tissu neurologique (la dure-mère) ce qui rend leur extraction difficile.

Les manifestations cliniques habituelles regroupent : des douleurs dorsales, des irradiations sur les racines sortantes (ici les nerfs intercostaux) et parfois des signes de compression de la moelle épinière (perte de force des jambes à la marche, troubles sensitifs ou sphinctériens).

QUELLE EST L'ÉVOLUTION SPONTANÉE DE LA PATHOLOGIE ?

Elle est malheureusement difficilement prévisible, ce type de hernie pouvant rester très longtemps asymptomatique.

QUAND FAUT-IL PENSER A LA CHIRURGIE ?

Soit devant l'apparition récente de troubles neurologiques déficitaires (au plan moteur ou sensitif).
Soit parce que les phénomènes douloureux sont devenus trop intenses et surtout difficilement maîtrisables par les traitements médicaux habituels (antidouleurs, anti-inflammatoires, rééducation, corset)

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfico-risque, il vous a été proposé une libération discale antérieure par thoracoscopie. 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 LA CHIRURGIE VIDEO-ASSISTÉE ?

C'est une technique chirurgicale qui utilise l'endoscopie (caméra et tubes pour introduire les instruments) pour visualiser la colonne dorsale par devant. Elle permet d'éviter la réalisation d'une ouverture traditionnelle large du thorax. Elle nécessite un apprentissage particulier du chirurgien et des instruments spéciaux. Elle limite l'agression chirurgicale tissulaire, évite des pertes sanguines, et raccourcit la durée d'hospitalisation.

Dans le cadre de la prise en charge des scolioses avec déformation importante, cette technique est utilisée pour « ouvrir » les disques (on réalise une discectomie) avant de procéder à une chirurgie classique d'arthrodèse postérieure.

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le patient sous anesthésie générale est installé sur le côté, tête épaule et jambes reposant sur des coussins de protection pour éviter les appuis. Un contrôle par radioscopie est réalisé afin de confirmer le niveau à opérer, et de bien repérer les points d'entrée des instruments. Une fois la paroi ouverte, le poumon se rétracte spontanément (une intubation spéciale est nécessaire). Le disque est enlevé avec des pinces spéciales. L'espace ainsi créé (discectomie) est comblé de greffe osseuse ou plus souvent d'une cage creuse remplie de greffe permettant la fusion des deux vertèbres en conservant la hauteur d'origine du disque. Les deux vertèbres peuvent être également réunies par des vis et une barre d'union, dont le positionnement est vérifié à la radioscopie. Les points d'entrée sont fermés après avoir placé un système de drainage thoracique pour que le poumon se replace bien contre sa paroi.

LES SUITES OPÉRATOIRES

Elles sont remarquablement simples. Le plus souvent, la marche reprise au deuxième jour, après que le drain thoracique soit enlevé. La consolidation osseuse définitive est acquise à trois mois, les activités sportives peuvent être démarrées progressivement. La reprise du travail peut être envisagée à six semaines en fonction de l'activité.

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

Les risques concernant les vaisseaux sanguins. Les lésions de vaisseaux sont très exceptionnelles mais les grands axes vasculaires sont situés en avant des vertèbres (Aorte veine cave) le risque est minimisé par la présence d'un chirurgien vasculaire (soit en aide opératoire soit présent dans l'établissement).

Les lésions des racines ou du contenu du canal sont exceptionnelles, il peut en résulter des pertes de sensibilité ou des troubles paralytiques. Mais dans le cadre des hernies thoraciques les adhérences des hernies anciennes ou calcifiées sont fréquentes et difficile à extraire complètement.

La méninge peut être blessée, entraînant une fuite du liquide céphalo-rachidien. Elle ne peut pas être suturée, la colle hémostatique suffit souvent à résoudre le problème, il ne faut alors pas drainer en postopératoire. Cette fuite n'a habituellement pas de conséquence mais elle nécessite de prolonger l'alitement pendant la période d'hospitalisation.

Un mauvais positionnement de la cage ou une erreur de niveau est prévenu par l'utilisation de radioscopie pendant l'intervention.

La mauvaise cicatrisation de la paroi peut entraîner un décollement du poumon (pneumothorax) qui peut nécessiter un nouveau drainage ou une opération dont le but est de coller le poumon à la paroi.

L'infection du site opératoire, dite infection nosocomiale. Peut toujours se produire, en règle générale, l'identification du germe en cause et la prescription d'antibiotiques adaptés, éventuellement accompagnée d'un nettoyage chirurgical secondaire permet la guérison complète. L'infection peut nécessiter une intervention de nettoyage ou de ponction pour mettre le germe en évidence.

L'alitement et les risques individuels (diabète, varices, etc.) peuvent majorer le risque de phlébite des membres inférieurs (caillot dans les veines). Cette phlébite est susceptible d'entraîner une embolie pulmonaire, risque majeur de cette affection, habituellement correctement limité par la prescription des médicaments anti-coagulants, lorsque le terrain du patient comporte un tel risque.

La non-soudure de deux vertèbres, la consolidation osseuse après greffe osseuse peut être compromise en cas de diabète et de tabagisme, et conduire à une absence de soudure (pseudarthrose) qui peut nécessiter une nouvelle intervention en vue de parfaire cette consolidation.

L'intervention sur le niveau opéré ne vous prémunit pas complètement de l'apparition secondaire, d'une lésion sur un autre niveau discal.

LE SUIVI PAR VOTRE CHIRURGIEN

Votre chirurgien doit assurer votre suivi et vous convoquera en consultation régulièrement jusqu'à qu'il soit sûr de la consolidation complète, puis une surveillance annuelle sera proposée.

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

- 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