

Rachis dégénératif

Indications chirurgicales

Dr Benjamin PLAS
Neurochirurgien
Membre titulaire de la SFCR

Dr Alexandre TIMOFEEV
Neurochirurgien
Membre titulaire de la SFCR

*Clinique Saint François
Haguenau*



CNAR Centre
Nord Alsacien
du Rachis

 Fondation
Saint François

Prise en charge multidisciplinaire

Médecin généraliste

Rhumatologue

Urgentistes

Radiologue

Médecin rééducateur

Kinésithérapeute

Médecine du travail

...



Chirurgien du rachis
(*Rachiologue*)

Motifs de consultation

10-30% : prise en charge chirurgicale (données SFQR)

SPECIALITE MEDICO-CHIRURGICALE +++

Accès thérapeutique complet (médical, infiltratif, chirurgical)

Motifs de consultation

Signes cliniques : Radiculalgie

Lombalgie

Signes neurologiques (sensitifs, moteurs)

Imagerie : Hernie discale lombaire ++

Canal lombaire étroit

Arthrose lombaire ...

Tassement

Indication opératoire

Chirurgien dépendant ++

Chirurgie d'un patient, pas d'une image

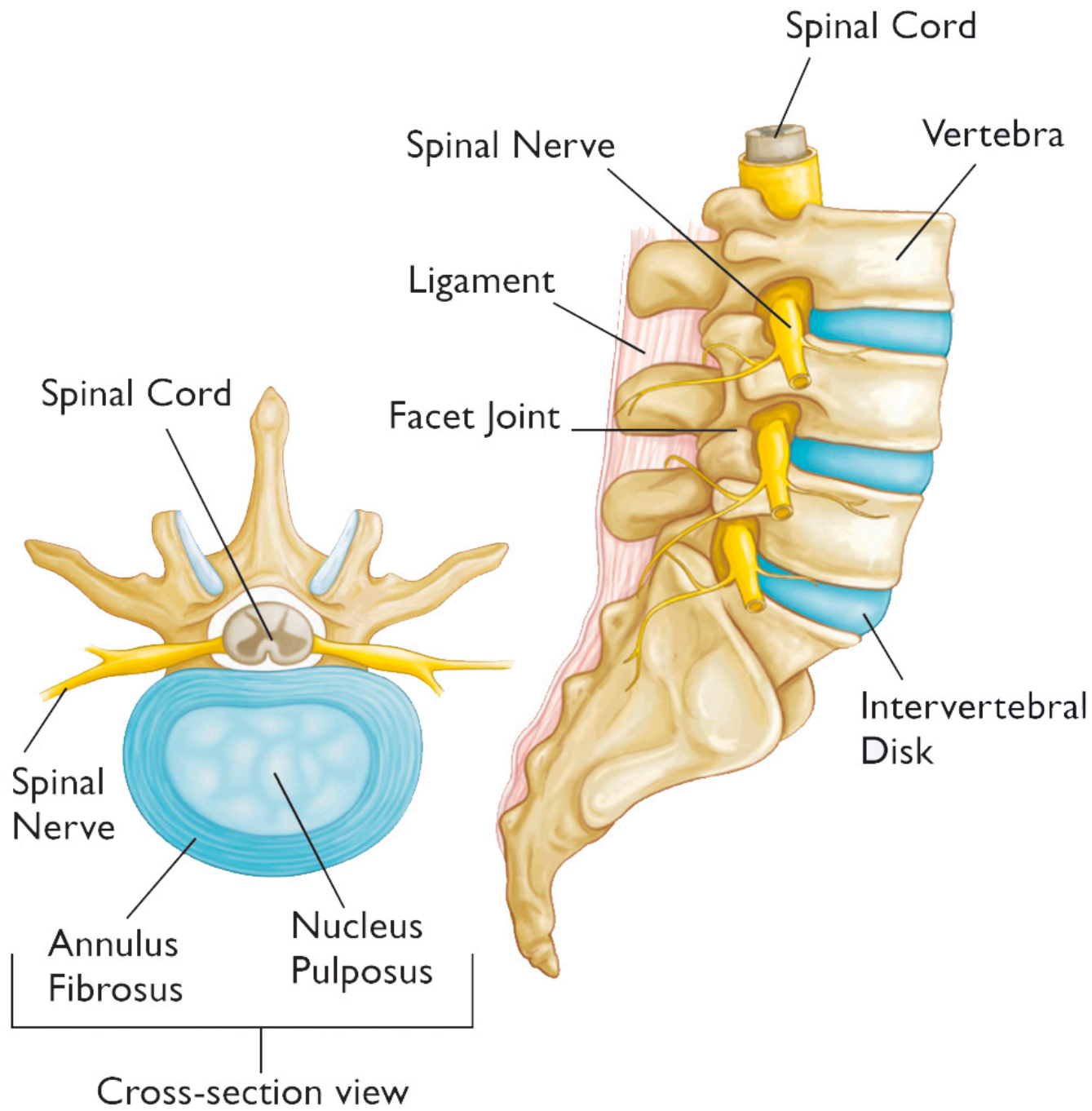
Concordance radio-clinique

Objectifs : - améliorer les douleurs

- Privilégier un geste sans instrumentation

(Suites post-opératoires, conséquences mécaniques)

- Rapport bénéfice risque



HERNIE DISCALE LOMBAIRE

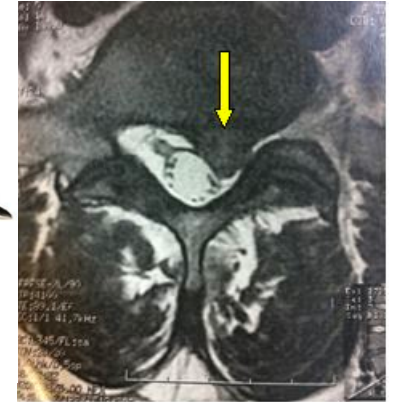
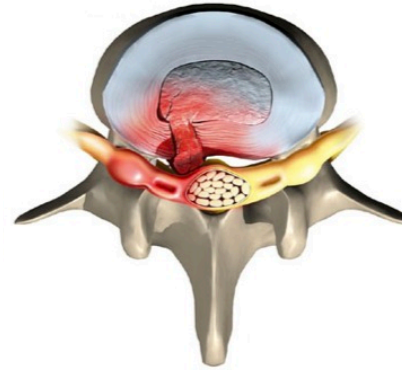
Localisation : canalaire ++
foraminale
extra-foraminale

Signe : radiculalgie (sciatique / cruralgie)

Résorption spontanée ++

Indication opératoire : déficit neurologique
Syndrome de la queue de cheval
Résistance au ttt médical (AINS, infiltration, kiné)
Concordance radio-clinique

Geste : Exérèse hernie discale

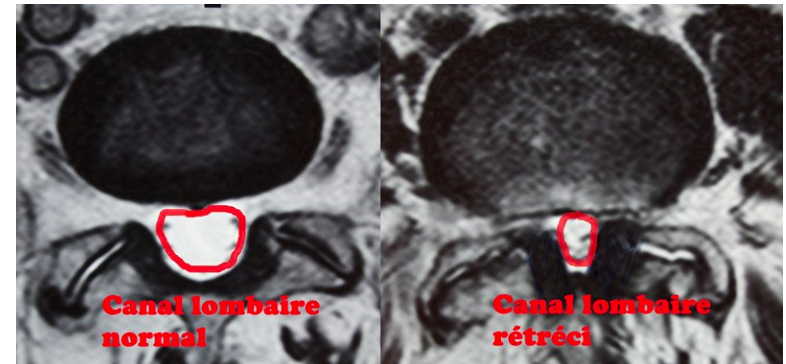


CANAL LOMBAIRE ETROIT

Canal lombaire constitutionnellement étroit

Remaniements dégénératifs

- Discopathie protrusive
- Hypertrophie ligamentaire
- Hypertrophie articulaire postérieure



Signes : Claudication radiculaire ++

Diminution du périmètre de marche

Radiculalgies

Indication chirurgicale d'emblée

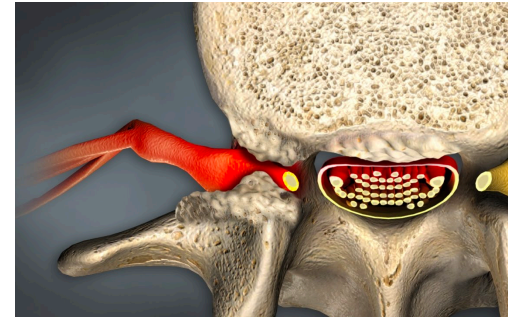
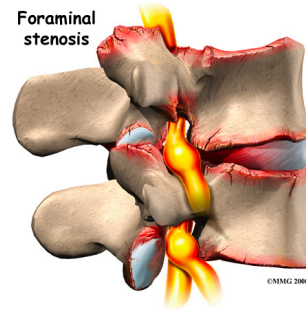
Geste : Recalibrage uni ou bilatéral



STENOSE FORAMINALE

Même physiopathologie que le CLE

Lésions arthrosiques : discarthrose
Hypertrophie articulaire
Ostéophytose



Signes : Radiculalgie
+/- Lombalgies associées

Indication : Si résistance au ttt médical (Tractions ++) et infiltratif

Geste : arthrectomie + stabilisation



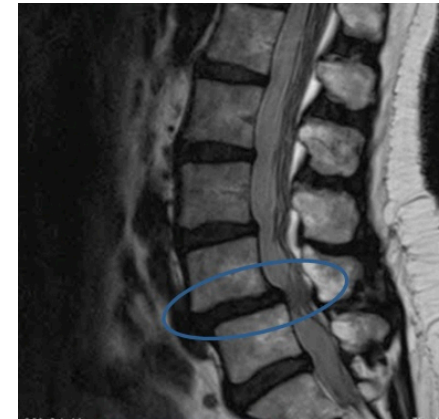
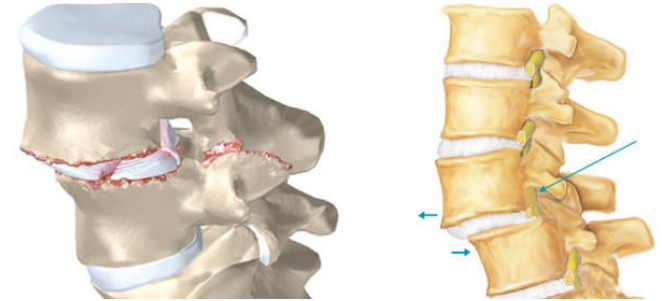
SPONDYLOLISTHESIS

2 origines : congénitale / Lyse isthmique
Dégénératif

Signes = CLE

Indication chirurgicale d'emblée

Geste : Recalibrage + stabilisation



Lombalgie

Aigue : Physiopathologie mal connue (Fissuration discale)
Traitement médical (AINS, repos, AT)

Chronique : Difficile à traiter ...

Cause lésionnelle mal identifiée : multifactorielle ++

Chirurgie en tout dernier recours

Résultats incertains (60%)

LOMBALGIE

Discopathie +++

Clinique: Douleurs impulsives, aggravées par antéflexion,
Signes inflammatoires

Classification de PFIRMANN

I-V

Classification de MODIC

Type I : Inflammatoire

Type II : Scléreux

Type III : graisseux

Indication : Résistance au ttt médical (Rééducation)

Geste : Arthrodèse ou arthroplastie par voie antérieure



LOMBALGIE

Arthrose articulaire postérieure

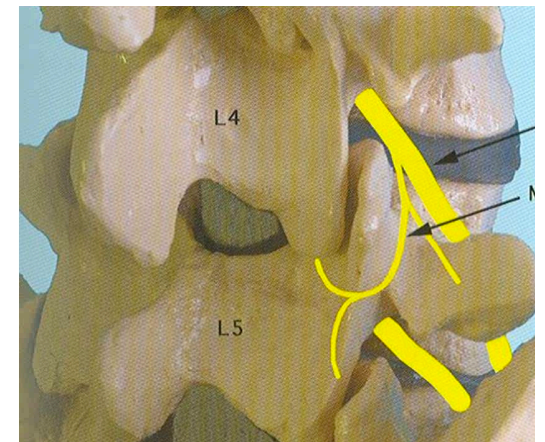
Syndrome facettaire : Douleurs à l'hyperextension, au primodécubitus

Localisée au doigt, signe de la sonnette

Geste : Infiltration test des articulaires postérieures

+/- Thermocoagulation

Rameau dorsal

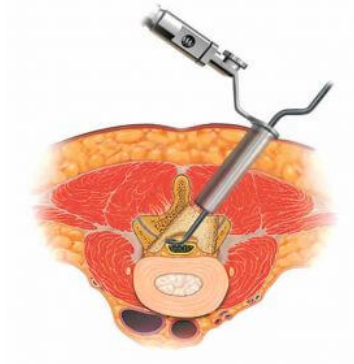


Techniques mini-invasives

Postérieures : Respect musculaire ++
Sécurité supplémentaire pour positionnement
du matériel

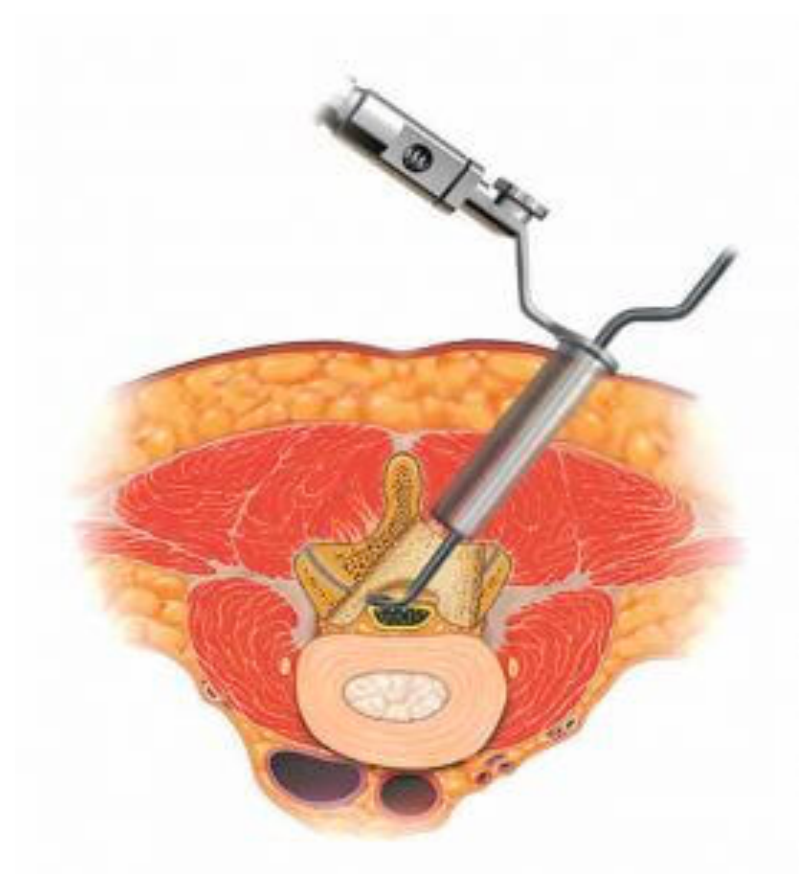


Antérieures : Respect des structures postérieures (douleurs++)
Meilleurs résultats pour la lombalgie
Chirurgies de récurrences



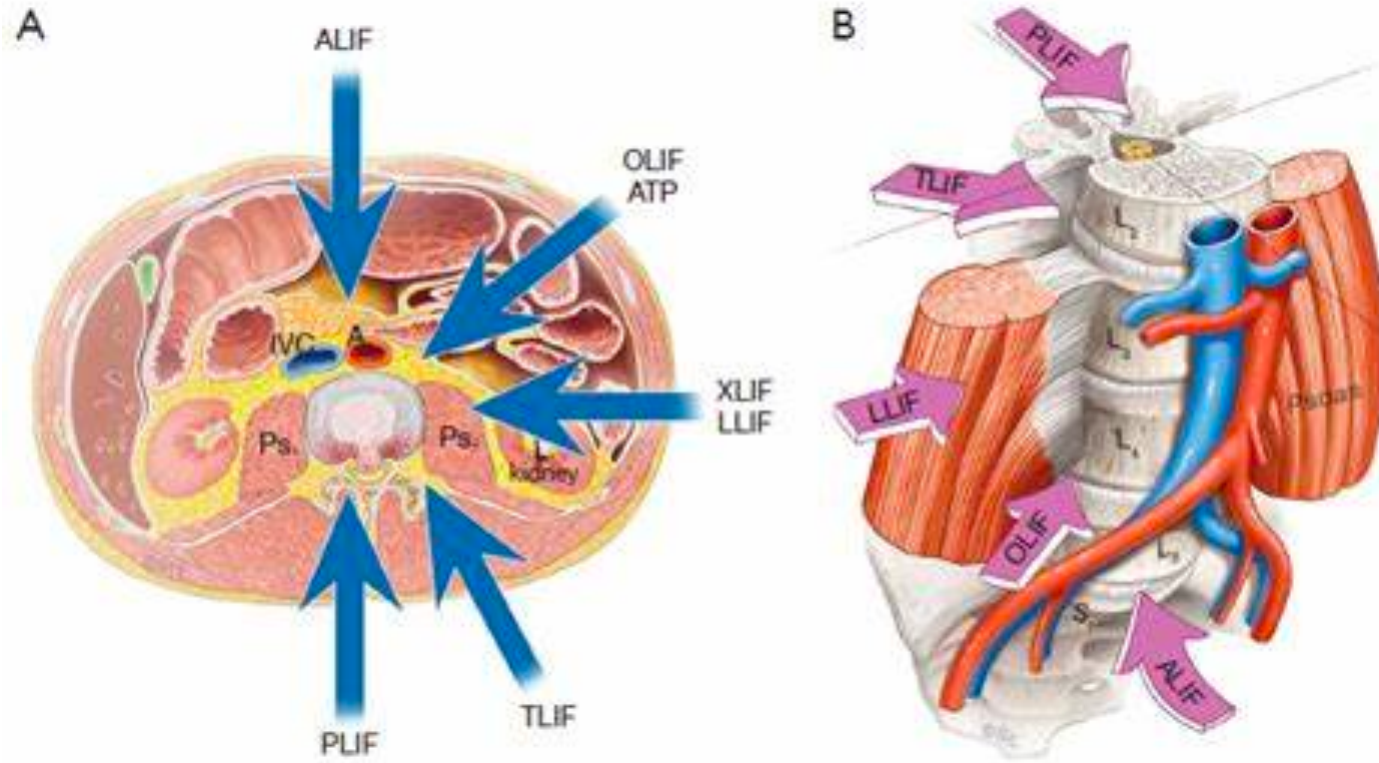
Hernie discale lombaire

Recalibrage



Abords rachidiens

Arthrodèse



Arthrodèse postérieure mini-invasive

Meilleurs résultats à court terme ++

(EVA, Infection, saignement, durée d'hospitalisation, reprise du travail)



Tassement vertébral (fracture type A1N0 AOSpine)

Tassement ostéoporotique ++, (chute, effort inhabituel)

Fracture du corps vertébral stable, non neurotoxique

Imagerie : TDM + IRM dorso-lombaire (STIR)

âge, nombre, charnières

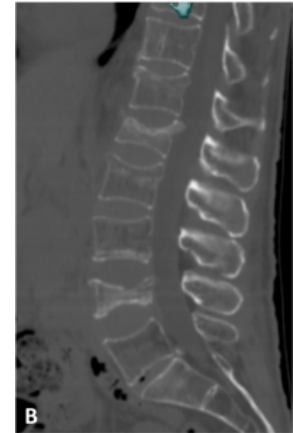
Indication opératoire: Douleur

Tassement récent (Hypersignal STIR IRM)

Echec du traitement conservateur

Objectifs : Antalgie

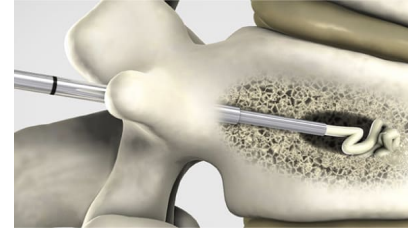
Eviter déformation en cyphose



Tassement vertébral (fracture type A1N0 AOSpine)

Cimentoplastie = vertebroplastie :

« consolidation en état » par injection du ciment

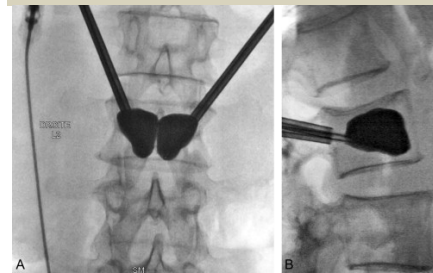


Kyphoplastie =

restauration de la hauteur du corps
+ consolidation par ciment



1) Ballon



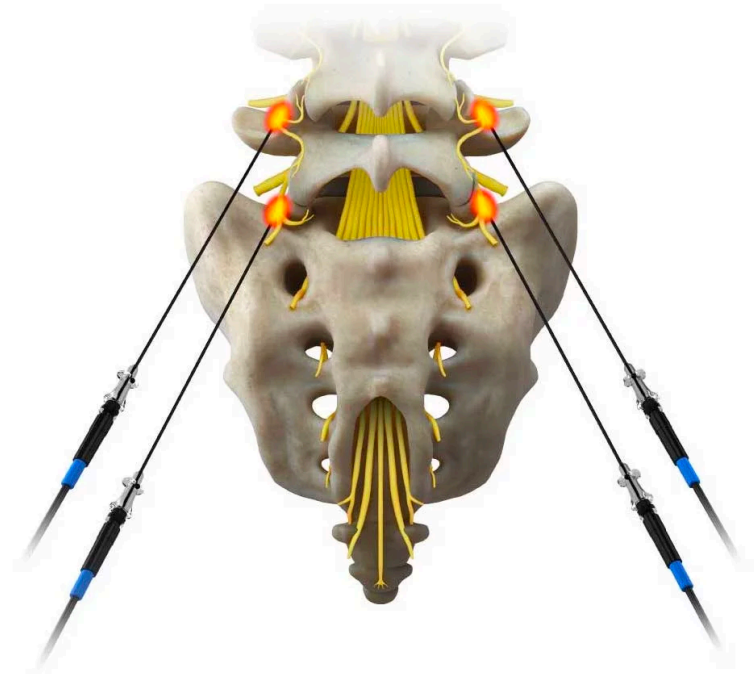
2) SpineJack : crick + ciment

(<15 jours de préférence)



Rhizolyse

- Indication
 - lombalgie d'origine articulaire postérieure
 - infiltration bloc test positif (>80%)
- Procedure
 - thermocoagulation à 80°
 - 90 sec
 - patient est endormi 3 minutes.
- Résultat attendu
 - égal au bloc test, +/- durable



Quand adresser un patient ?

En urgence : Signes de gravité (Paralysie, troubles sphinctériens)

Hyperalgie aiguë résistante à la corticothérapie et morphiniques

Tassement (<15 jours)

Toute situation chronique : lombalgie, radiculalgie

Scanner à minima +++

Quand temporiser ?

Lombalgie aiguë (\leq 2-3 mois)

Sciatique non hyperalgique, non déficitaire \leq 1 mois