

Discopathie post discectomie reprise par stabilisation

István HOVORKA



Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie
CHU de Nice, Hôpital de l'Archet II. NICE, FRANCE

Discopathie post discectomie

- Source de déception pour les patients
- Source de frustration pour les praticiens



Patients qui ne veulent plus entendre du traitement non invasive, mais le résultat de la chirurgie est douteuse

Epidémiologie

80 000 patients / USA Ragab, Deshazo *Am J Med* 2008

Réopérations 5-33% discectomies

- 10,8% réopérations / 1500 discectomies
- 34% multiple réopérations
- Bon résultat: 80%-court terme; 22% long terme
- 2-27 ans recul

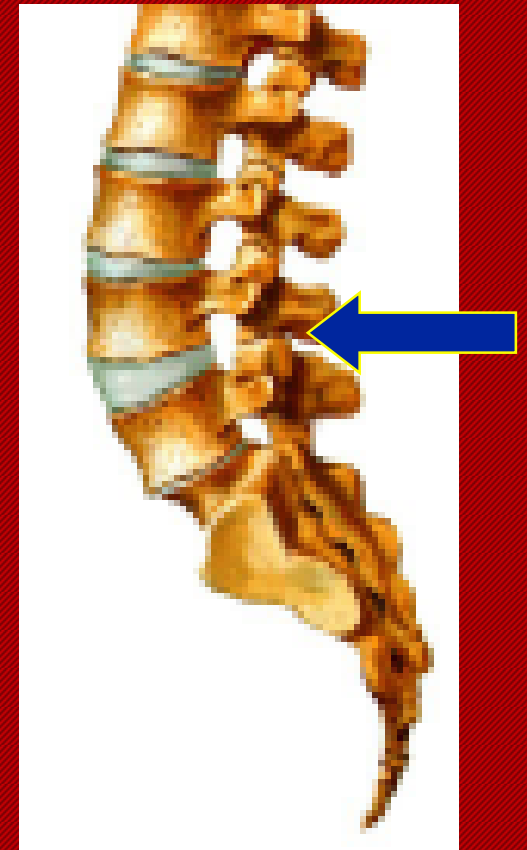
Fritsch EW. et al. *Spine* 1996.

Pathomécanisme / Discectomie

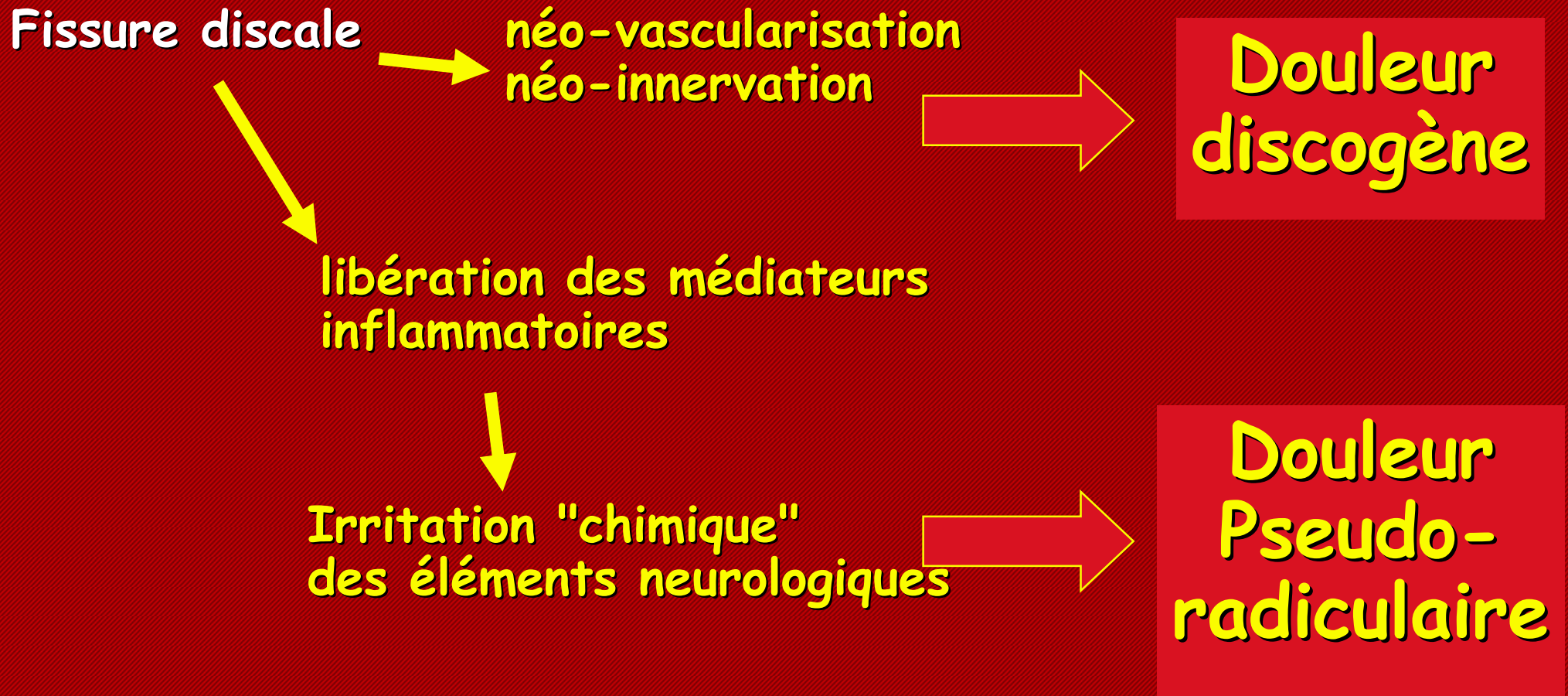
Libération neurologique

- **Effet mécanique**

- Diminution de la hauteur discale
- perte de lordose
- provocation d'une arthropathie des articulaires sus-jacentes
- limitation de la mobilité
- générateur d'une discopathie sus/sous-jacente



Pathomécanisme / Lombalgie



- Effet biologique de la discectomie
- mécanisme superposable

Pathomécanisme / Discectomie

Infection?

- Vulnérabilité du disque
- Discopathies: prélèvements - > 50% +
 - culture prolongé
 - augmentation par PCR
- Infection à bas bruit / caractère inflammatoire des douleurs
- Modic I ?

Sources de douleurs rachidiennes

1. Compression neurologique
2. Douleur discogène
3. Douleur articulaire
4. Déséquilibre / instabilité

Sources de douleurs rachidiennes

1. Compression neurologique → Décompression
2. Douleur discogène → Evacuation de toute matière discale
3. Douleur articulaire → Arthrodèse
Implants interépineux
(Prothèse articulaires)
4. Déséquilibre / instabilité → Reconstruction / Stabilisation

Traitment

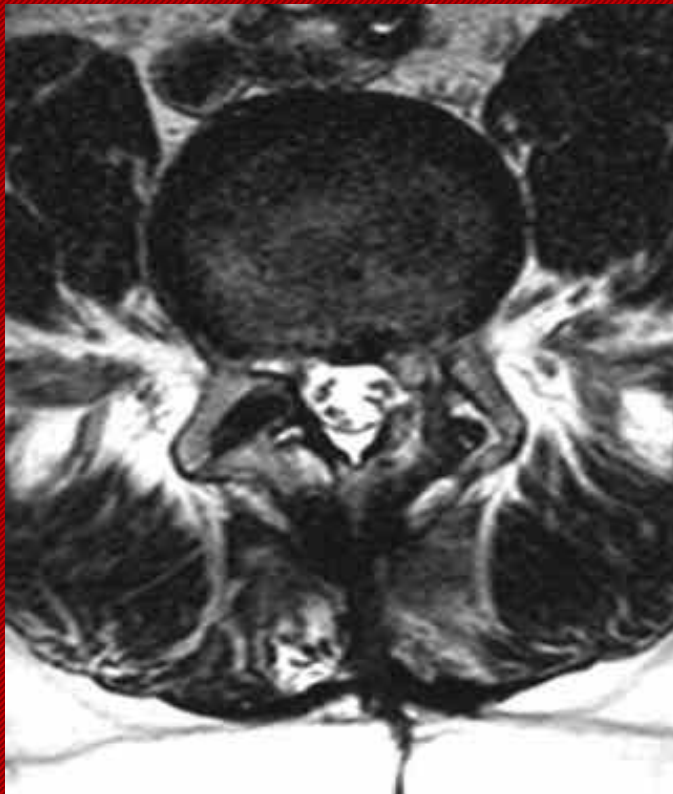
- **Médical: AINS, Antalgiques, Antidépresseurs, etc**

Boven & al. : *Evidence based practice guideline* (2007 Pain phisician)

	Courte terme	Longue terme
• Infiltrations	forte	modérée
• Dissectomie percut.	modérée	limitée
• Stimulation	forte	modérée

Traitement

- Discectomie et décompression itérative (Waddell)
- D1 > 90% succès; D2; D3 Chance de succès limitée



H 48 ans
7 discectomies

Sources de douleurs rachidiennes

1. Compression neurologique



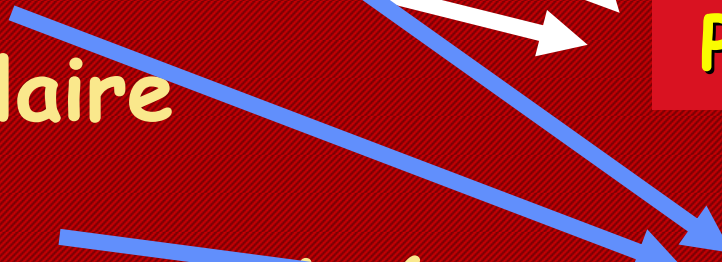
Décompression

2. Douleur discogène



Prothèse discale

3. Douleur articulaire



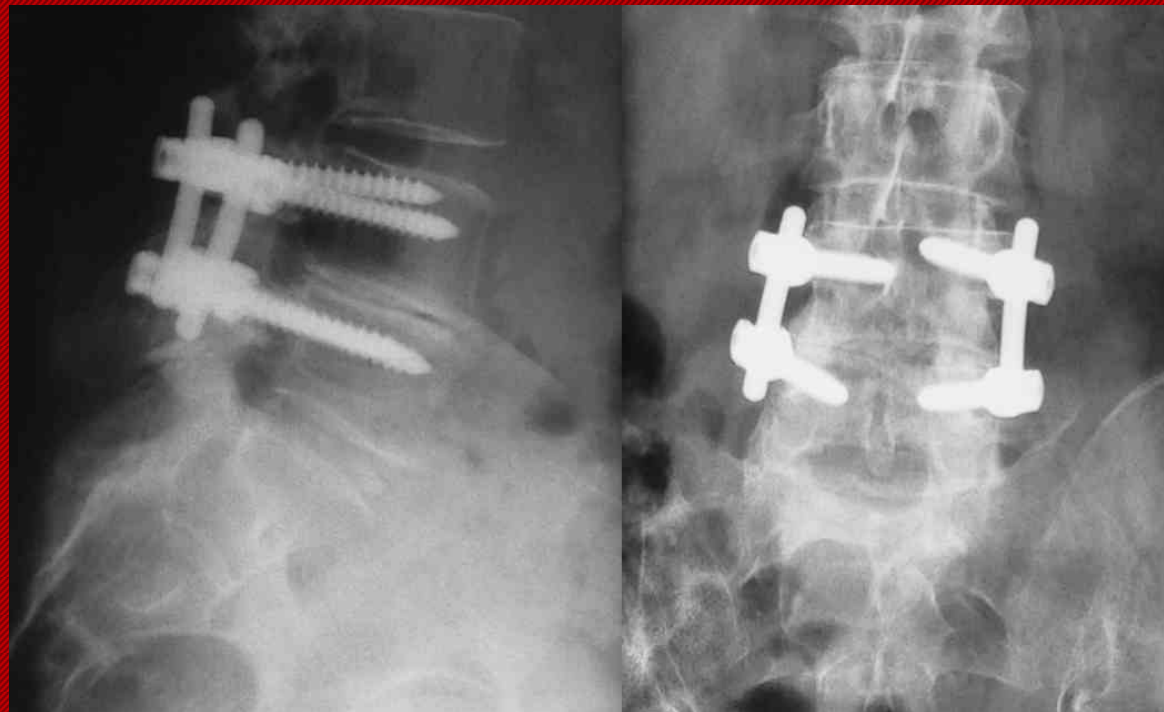
Arthrodèse

4. Déséquilibre / instabilité



Arthrodièse postérieure

- Micromobilité antérieure persistante
- Douleur discogène persistante



Arthrodèse postérieure + PLIF

- Mobilisation de éléments neurologique + fibrose
- Arachnoidite favorisée
- +/- Douleur discogène persistante

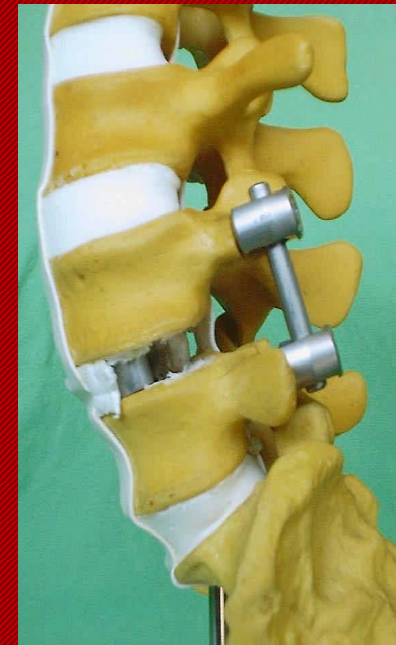
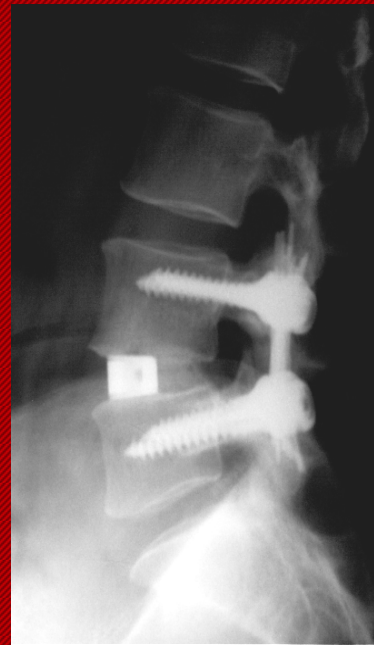
Brantigan et al. Spine 2000
86% succes 79/92
100% consolidation

Thèse de Marc Lemaire 1996:
61% bon et très bon résultats
pour le FBSS



Arthrodèse postérieure + TLIF

- Mobilisation de éléments neurologique limitée
- Matière discale contre-latérale peu contrôlée
- +/- Douleur discogène persistante



Varga PP
Budapest/
Hongrie
1989

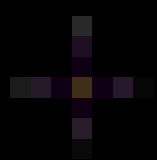
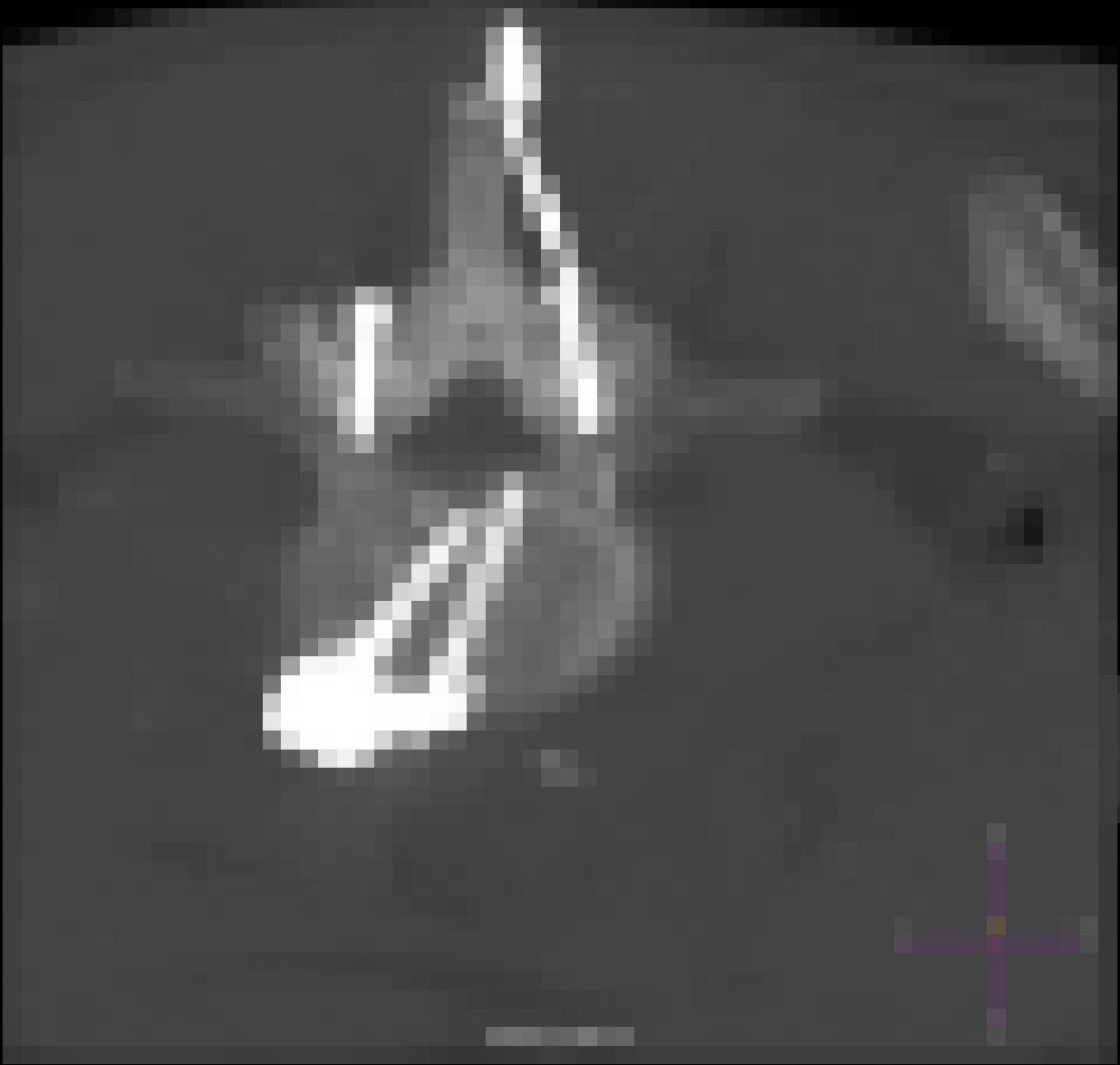
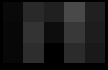
Arthrodèse Antérieure

- O'Brien JP *Clin Orthop North Am* 1983
- Riche innervation;
- Radiculalgie sans compression -> Double abord
- Arthrodèse antérieure avec discectomie complète améliore le résultat même si la fixation postérieure est fusionnée

- ALIF: 76-80% bon res. Duggal et al. *Neurosurg.* 2004
- Stabilité primaire -> Double abord
Jang et al. *Spine* 2007













Conclusion

- Résultats favorables accessibles, mais
- Difficultés dans l'évaluation
- Facteurs socio - économiques
- Psychologique
- Tabac
- Infections à bas bruit

