

INTÉRÊTS DES ABORDS MINI-INVASIFS DANS LA CHIRURGIE DE LA HERNIE DISCALE

Dr Gaëlle MOUTON PARADOT

Clinique Drouot

20, rue Laffitte

Tél. (33) 01.76.21.71.00

LA TECHNIQUE « CLASSIQUE »

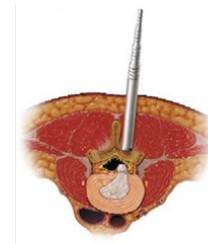
Quand on opère une hernie discale lombaire selon la technique standard, on réalise une désinsertion des muscles de la ligne médiane pour atteindre l'espace inter-myo-lamaire que l'on veut aborder. Les abords sont de plus en plus petits mais il y a toujours cette nécessaire désinsertion des muscles de la ligne médiane qui peut être source de lombalgies en post-opératoire. Kawaguchi a retrouvé une élévation de l'isoenzyme CPK MM proportionnelle à la force et à la durée de l'écartement [Kawaguchi 1996]. Gejo retrouve ces mêmes altérations musculaires en analysant les IRM post-opératoires, et retrouve une corrélation avec la lombalgie post-opératoire [Gejo 1999]. Enfin, Styf et Willen ont montré que la pression engendrée par les écarteurs est responsables d'une ischémie musculaire et d'une dénervation [Styf et Willen 1998].

LA TECHNIQUE MINI-INVASIVE TYPE METRIX

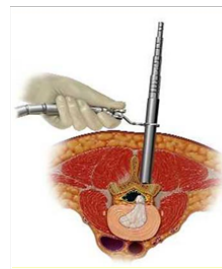
Une nouvelle technique a donc été développée qui permet de minimiser le traumatisme musculaire. En effet, on va réaliser un abord paramédian et écarter les fibres musculaires en utilisant des dilatateurs de diamètre de plus en plus grand. On met en place un écarteur tubulaire qui maintient l'écartement des fibres musculaires, au travers duquel on va travailler. Il n'y a donc quasiment aucune section des fibres musculaires, et lorsqu'à la fin de l'intervention, on retire l'écarteur, on voit les fibres musculaires reprendre leur place.



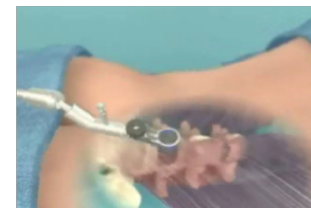
Repérage de l'espace inter-myo-lamaire



Insertion séquentielle des dilatateurs



Insertion du rétracteur tubulaire



Discectomie en condition microchirurgicale ou endoscopique

AVANTAGES DE LA TECHNIQUE MINI-INVASIVE

La technique mini-invasive réduit la taille de l'incision cutanée (1,5 cm en moyenne), les lésions tissulaires et donc la période d'incapacité post-opératoire [Casal-Moro R 2011]. La durée moyenne de séjour à l'hôpital est aux alentours de 48H [Ranjan A 2006]. L'épargne musculaire a été démontrée par des études comparant le signal en IRM des muscles paraspinaux sur des IRM post-opératoires [Muramatsu K 2001]. On retrouve également moins d'irritation radiculaire lors d'EMG per-opératoire [Schick U 2002]. Enfin, la mesure des paramètres biomécaniques reflétant la réaction inflammatoire post-opératoire et la souffrance des muscles paravertébraux montre moins de perturbation chez les patients opérés en mini-invasif [Sasaoka R 2006]. Le délai moyen de retour au travail est de 17 jours dans les METRIX [Perez-Cruet MJ 2002], avec une utilisation de moins d'antalgiques en post-opératoire que lors des discectomies classiques [Katayama Y 2006]. Il n'y a pas d'études à long terme sur l'apport des techniques mini-invasives. Néanmoins, il est logique de penser que cette technique permet de diminuer le taux de lombalgies post-discectomies et de récurrences de hernies discales. En effet, en permettant une meilleure épargne musculaire au niveau de la musculature postérieure, le patient peut conserver une meilleure lordose et donc une meilleure protection de ses disques adjacents.



CONCLUSION

Les résultats sont bons ou excellents selon l'échelle de MacNab entre 90 et 96% [Casal-Moro R 2011] [Perez-Cruet MJ 2002], comparables voire mieux que ceux obtenus en chirurgie standard avec des taux entre 70 et 95% [Abramovitz JN 1991]. Les risques de cette technique sont les mêmes que ceux retrouvés lors des discectomies classiques avec un taux identique, aux alentours de 5% [Perez-Cruet MJ 2002], [Schick U 2002]. Les indications des techniques mini-invasives sont les mêmes que celles des techniques standards : la sciatique sur hernie discale résistante à un traitement médical bien conduit. Il n'y a pas lieu d'élargir les indications sous prétexte que la technique est moins délabrante. Bien entendu, cette technique est particulièrement adaptée aux patients jeunes et aux sportifs.