



COMMUNICATION BREVE

Les Infiltrations Rachidiennes : Expérience du Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale de L'HMRUO

T. Bassaid, A. Bensalem, M. Abdelouahab, A. Ladjali, E. Taleb, H. Mahmoudi
Service de Radiologie et d'imagerie Médicale de L'HMRUO

Abstract :

Les infiltrations rachidiennes prennent une place de plus en plus importante dans la prise en charge des lomboradiculalgies, des névralgies cervicobrachiales ainsi que des pathologies dégénératives rachidiennes.

Ces techniques sont réalisées sous guidage radiologique. Nous rapportons l'expérience du service de radiologie et d'imagerie médicale de l'HMRUO et les résultats obtenus chez 160 patients traités par des infiltrations rachidiennes.

Mots clés : Infiltrations rachidiennes, infiltrations de corticoïdes, lombo-radiculalgies

© 2015. HMRUO. MDN | Tous Droits Réservés.

INTRODUCTION

L'infiltration péri radiculaire est l'injection par voie latérale au niveau du foramen vertébral dans l'espace péri radiculaire d'un corticoïde. Elle est réalisée sous contrôle radiologique (scopie et Tomodensitométrie). Initialement proposée dans les conflits latéraux (hernie discale foraminale ou extraforaminale, sténose foraminale arthrosique, spondylolisthésis...), ses indications se sont progressivement étendues aux conflits disco-radiculaires communs (1).

Nous rapportons notre expérience et les résultats obtenus chez 160 patients.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée durant une période de 34 mois (allant de juillet 2011-décembre 2014).

160 patients ont bénéficié d'une infiltration rachidienne lombosacrée.

L'âge des patients variait entre 17 et 71 ans avec une moyenne de 39 ans.

Le sexe Ratio était de 5.6.

Une évaluation radiologique (TDM ou IRM) a été réalisée chez tous les patients.

Les indications étaient variables (Tableau 1).

Indications	n=160	%
Conflit par saillie focale	60	37.5
Conflits dégénératifs	12	07.5
Fibroses post – op	28	17.5
Pathologies intriquées	52	32.5
Conflit par spondylolisthésis	08	05

Tableau 1 : Indications des infiltrations rachidiennes

Préparation du patient

Une consultation avant le geste était systématique, afin d'expliquer la procédure aux patients, de les rassurer et de rechercher une contre-indication (une allergie connue à l'un des produits injectés, les troubles de la coagulation).

Le geste était réalisé dans une salle de radiologie interventionnelle, dans des conditions d'asepsie rigoureuses.

Le patient a été positionné en décubitus ventral, la région cutanée de l'étage rachidien à traiter a été désinfecté puis recouverte par un champ stérile.

La procédure a été réalisée sans sédation afin de pouvoir examiner le patient et détecter toute complication ou effet indésirable durant l'examen.

Déroulement de la procédure

Infiltration à l'étage lombaire

La ponction du foramen à l'étage lombaire a été réalisé avec une aiguille de type spinale 22G, introduite lentement sous guidage scopique dans l'axe du rayon directeur.

Lorsque l'extrémité de l'aiguille arrivait au niveau du foramen, on injectait 0.5ml de produit de contraste non ionique pour vérifier sa position épидurale et l'absence de passage dans une structure vasculaire (figure1), puis suivi de l'injection de corticoïde (Altim *) qui se faisait lentement afin d'éviter le reflux.



Figure 1: radiographies de face et profil. Trajet de l'infiltration d'une racine lombaire droite.

Le patient restait allongé 60 minutes pour favoriser la diffusion par simple gravité: (30min en décubitus dorsal, puis 30min en décubitus latéral opposé à l'injection).

L'infiltration sacro-coccygienne (figure 2)

Pour réaliser ce type d'infiltration, on a procédé au repérage du hiatus sacro-coccygien à l'aide d'un tube à rayon x en arceau mobil avec une vue de profil, infiltration des plans cutanés et sous cutanés à la xylocaïne sur le trajet présumé de l'aiguille.

La ponction à l'aide de l'aiguille de CHIBA du canal sacré a été réalisée à travers le hiatus sacro-coccygien selon un plan oblique en haut et en dedans, l'aiguille était suivi en fluoroscopie sur une vue de profil. La bonne position (médiane) de l'aiguille a été vérifiée sur un cliché de face après injection de produit de contraste non ionique, objectivant une diffusion dans le canal sacré lombaire avec possibilité de passage dans les trous sacrés. La dernière étape consistait à la préparation de la seringue électrique puis injection d'un mélange (diprostène+ xylocaïne+ sérum salé) pendant 20 à 30 min.

RESULTATS

L'infiltration rachidienne a été techniquement possible dans tous les cas (100 % des cas), aucun échec n'a été répertorié.

Répartition des patients selon le siège de l'infiltration :

La majorité des infiltrations était lombaire (95%), suivi des infiltrations sacro-coccygiennes qui étaient réalisées dans (5%) (Tableau 2).

Infiltrations rachidiennes	<i>n</i> = 160	%
Lombaires	152	95
Sacro-coccygiennes	8	5

Tableau 2: Répartition selon le type d'infiltration.

Réponse thérapeutique

A court terme :(deux premières semaines) :

98% des patients infiltrés ont eu une bonne évolution clinique dès le cinquième jour, définie par :

Une amélioration marquée ou disparition des radiculalgies.

Une absence de recours à un anti inflammatoire non stéroïdien après une infiltration.

Une amélioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie.

A moyen et long terme

Un succès complet sans récurrence des douleurs après un délai moyen de 7mois a été noté dans 54% des cas.

Un état stationnaire a été noté dans 21 % des cas.

Une rechute après amélioration était survenue dans 25 % des cas ayant nécessité un deuxième geste d'infiltration avec bonne évolution.

Aucun cas d'aggravation de la douleur ne fut marqué.

Complications

Nous n'avons pas eu de complications majeures à type de complications infectieuses ou hémorragiques nécessitant un traitement spécifique. Cependant quelques complications mineures ont été notées à type d'inconfort local (5%), de faiblesse subjective du membre inférieur (2%), de choc vagal (1 %) et de céphalée post geste (0,8%), ayant régressé spontanément.

DISCUSSION

Les douleurs rachidiennes sont fréquentes et leurs causes sont souvent difficile à identifier [2], l'infiltration épидurale de corticoïdes sous contrôle radiologique, représentent le traitement de choix en cas de radiculalgies résistante aux traitements médicaux, c'est une procédure simple, rapide, et peut être réalisée en ambulatoire, tous les niveaux de la colonne vertébrale peuvent être infiltrés [3]. Dans notre série nous avons réalisé essentiellement des infiltrations lombaires et sacro-coccygiennes. La littérature décrit de nombreuses séries [4, 5, 6] soulignant l'intérêt de ces infiltrations dans le traitement des lombo-sciatalgies, le devenir clinique et les résultats sont meilleurs en comparaison avec



Figure 2: Infiltration par le trou sacré

la chirurgie et la chémonucléolyse. Nous nous sommes appuyés sur ces résultats pour développer ces techniques d'infiltrations au niveau du service de radiologie et d'imagerie médicale de l'hôpital militaire universitaire d'Oran.

En effet l'analyse de la douleur selon l'échelle visuelle analogue (EVA) [7], a montré un succès complet et définitif dans la majorité des cas (disparition de

la douleur et reprise de l'activité professionnelle), ou un succès modéré par la diminution de l'intensité de la douleur et le recours au traitement médical ou chirurgical [7].

Dans notre série, les résultats étaient satisfaisants avec une réponse totale dans 54% des cas, une réponse partielle dans 21% des cas et une rechute de la douleur dans 25% des cas, ayant nécessité une seconde infiltration avec bonne évolution.

CONCLUSION :

Les infiltrations rachidiennes restent à l'heure actuelle une modalité thérapeutique de choix dans la lutte contre la douleur de type radiculaire. Ce geste doit être effectué en milieu spécialisé, sous contrôle radiologique, nécessitant une connaissance stricte des sites anatomiques à infiltrer pour de plus meilleurs résultats. Les dernières recommandations doivent être prises en considérations à fin d'éviter les échecs thérapeutiques et les complications liées à ce geste.

REFERENCES

- [1]Berger O, Dousset V, Caillé Jm et al. Évaluation de l'efficacité des infiltrations foraminales de corticoïdes guidées sous tomodensitométrie, dans le traitement des radiculalgies par conflit foraminale. *Journal de radiologie* 1999;80:917.
- [2]Christian W.A Pfirrmann, MD JuergHodler et al. Selective nerve root blocks for the treatment of sciatica : evaluation of injection site and effectiveness-A study with patients and cadavers. *Radiology*.2001;221:704-711.
- [3]Bradley K. Weiner, Robert D Fraser. Foraminale injection for lateral lumbar disc herniation. *J Bone Joint Surg*.1997;79:804-807.
- [4]LeGrand E, Rozenberg S, Pascaretti C, et al. Le traitement de la lombosciatique en milieu hospitalier : résultats d'une enquête d'opinion auprès des rhumatologues français. *Rev Rhum* 1998;65:530-6.
- [5]Datta S, Tescot AM, et al. Epidural steroids in the management of chronic spinal pain: a systematic review. *Pain Physician* 2007;10:185-212.
- [6]Boulu P, Benoist M. Recent data on the pathophysiology of nerve root compression and pain. *Rev Rhum Engl Ed* 1996;63:358-63.
- [7]Watts A, Silagy CA. A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroids in the treatment of sciatica. *Anaesth intensive care* 1995;23:564-9.