



Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie de la colonne vertébrale

Dr Stanislas MAROUBY

Equipe de rééducation :
Helena LENA MARTINEZ
Guillaume LAUWERIER

L'endoscopie de la Colonne Vertébrale



L'endoscopie de la colonne vertébrale c'est quoi ?

La technique **Unilateral Biportal Endoscopy UBE** est une technique chirurgicale Ultra Mini-Invasive permettant de soigner la colonne vertébrale avec le moins d'agressivité possible.

Le principe est de travailler de manière indirecte via une caméra (l'endoscope) qui est introduite jusqu'à la colonne vertébrale via une incision de moins d'un cm, une autre incision de 1 à 2 cm est également réalisée pour introduire des instruments qui vont permettre de libérer un canal lombaire étroit, une hernie discale, un kyste ou une formation osseuse ou ligamentaire qui entraîne des douleurs des nerfs (sciatique, cruralgie, névralgie) et de manière indirecte des douleurs cervicales ou lombaires.

L'objectif de cette technique est de soigner une pathologie rachidienne avec le plus de précision possible et en diminuant autant que possible les complications.

« Depuis mars 2022, plus de 200 patients ont été opérés au Centre Hospitalier de Narbonne avec des résultats tout à fait satisfaisants. »

Cette technique a été développée il y a une dizaine d'années par le Dr Song en Corée et prend de l'essor en France depuis 2 ans du fait de la sécurité et précision de travail qu'elle apporte.

Cette technique est pratiquée à l'Hôpital de Narbonne depuis mars 2022, plus de 200 patients ont été opérés avec cette technique avec des résultats tout à fait satisfaisants et le Centre Hospitalier de Narbonne participe à plusieurs études pour évaluer ces techniques avec des résultats déjà très encourageants.



Quel est l'intérêt pour le patient par rapport à une technique traditionnelle ?

- Elle semble diminuer largement les douleurs post opératoire.
- Diminution au minimum du risque d'infection.
- Diminution au minimum du délabrement musculaire.
- Diminution de la durée d'hospitalisation.
- Pour certaines indications elle peut être réalisée en chirurgie ambulatoire.



Comment se passe l'hospitalisation : parcours patient

Dans le cadre de l'ambulatoire, vous rentrerez le matin tôt (à jeun depuis minuit la veille), vous serez opéré le matin, le premier lever sera fait par les masseurs kinésithérapeutes du service, un temps d'échange important sur les consignes et sur la suite aura lieu avec le chirurgien et un transport sera organisé pour retour à domicile en fin de journée.

En Hospitalisation :

Vous rentrerez la veille à 15 h, vous serez opéré le matin ou milieu de journée, premier lever en début d'après-midi par les masseurs kinésithérapeutes du service et ré-autonomisation progressive, plusieurs temps d'échange avec le chirurgien sur les consignes et suites. Pansement et ablation du drain le lendemain ou le surlendemain, retour à domicile le lendemain ou le surlendemain.



Consignes et précautions après une endoscopie du rachis :

Repos relatif de 15 jours pour donner le temps aux tissus au pourtour des nerfs de cicatriser.

- Eviter les transports en voiture pendant 3 semaines (vibrations ++).
- Ne pas se pencher en avant, ne pas porter de charges, règles hygiène du dos pendant 1 mois.
- Eviter la station debout statique prolongée.
- Dans le cas d'une chirurgie d'hernie discale attention d'éviter l'hyper pression discale pouvant entraîner une récurrence, effort de toux, effort de poussée etc...
- Port d'un lombostat non strict à titre antalgique 1 mois.
- Pansement simple, fils résorbables, 2 à 3 semaines.
- Antalgiques simples, si besoin et si tolérance anti inflammatoires.



Rééducation / Hygiène Lombaire, cervicale :

La rééducation spécifique sera débutée 6 semaines après la chirurgie.

Dès votre retour du bloc, les masseurs kinésithérapeutes du service viendront vous accompagner pour le premier lever et les premiers pas post opératoire.

Ils vous expliqueront les consignes et précautions propres à votre intervention et à vos possibilités du moment.

Quelques exercices doux et ciblés seront proposés pour la première phase de convalescence. Ils seront à pratiquer chez vous en attendant la 2^{ème} phase de rééducation spécifique au bout d'une semaine.

Les masseurs kinésithérapeutes du service restent disponibles pour vous conseiller pendant cette phase de convalescence au **04 68 42 63 99**.

Le premier mois qui suit l'intervention est une période de cicatrisation, il n'y a pas d'enjeu véritable de rééducation mais seulement des précautions et des bonnes habitudes rachidiennes.

La marche doit être régulière mais sur des courtes distances en fonction de votre ressenti les deux premières semaines puis avec augmentation progressive.

Respectez certaines règles :

- Le lever : plier un genou puis l'autre, passez sur le côté d'un bloc, aidez-vous des mains pour vous redresser, appui sur les cuisses pour passer debout,
- Position assise : évitez le fauteuil au début, préférez la position sur une chaise ou assis à califourchon, pieds à plat sur le sol, évitez un temps prolongé,
- Ne pas se pencher en avant,
- Ne pas porter de charges lourdes,
- Eviter les rotations importantes,
- Le lombostat (ceinture lombaire) n'est pas un corset mais est là pour rassurer et limiter le mouvement, le port est non strict,
- Eviter les stations debout statiques prolongées.

Des douleurs de cicatrisations ou liés aux nerfs peuvent réapparaître 3-4 jours après l'intervention, reposez-vous et utilisez le protocole médicamenteux prescrit.

La cicatrice et les muscles peuvent sembler plus raides le matin. Il faut rester souple, ne pas trop cambrer ou faire le dos rond.

Quelques exercices non obligatoires :

Debout, mains en appui :

- ▶ Montez sur la pointe des pieds,
- ▶ Relevez les orteils,
- ▶ Écartez la jambe tendue sur le côté,
- ▶ Fléchissez vos jambes, dos droit,
- ▶ Élevez un membre inférieur hanche à 90°, genou fléchi,
- ▶ Montez et descendez les escaliers.



Quelles sont les complications possibles après chirurgie ?

Comme tout acte chirurgical il existe des risques liés à la chirurgie et à l'anesthésie. L'ensemble des risques sont décrits avec précision dans le formulaire de la SFCR remis par votre Chirurgien.

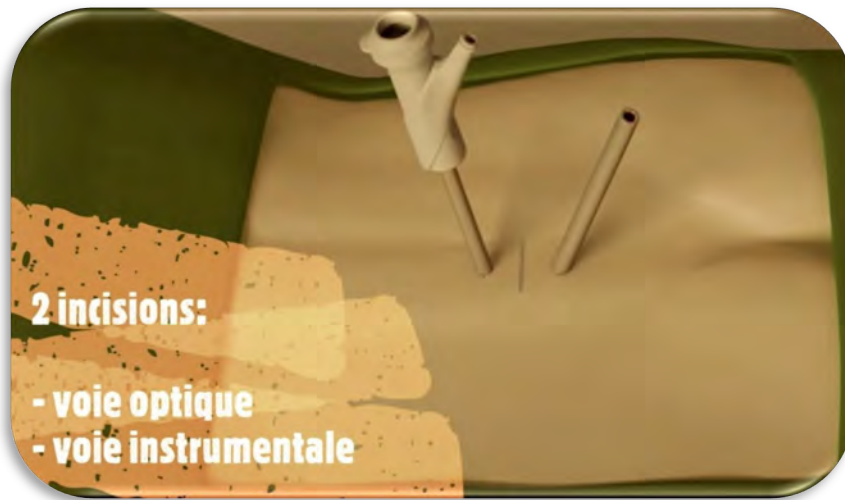
L'endoscopie a lieu sous un flux de liquide qui peut entraîner des maux de têtes. Il peut y avoir un saignement dans la période post opératoire qui peut entraîner des sciatiques, douleurs dans les jambes, douleurs dans le dos, généralement le traitement médical est suffisant, mais si les symptômes sont sévères, une reprise au bloc opératoire est nécessaire (situation rare). La période de repos (les 2 semaines qui suivent l'intervention) est importante pour limiter ce saignement.

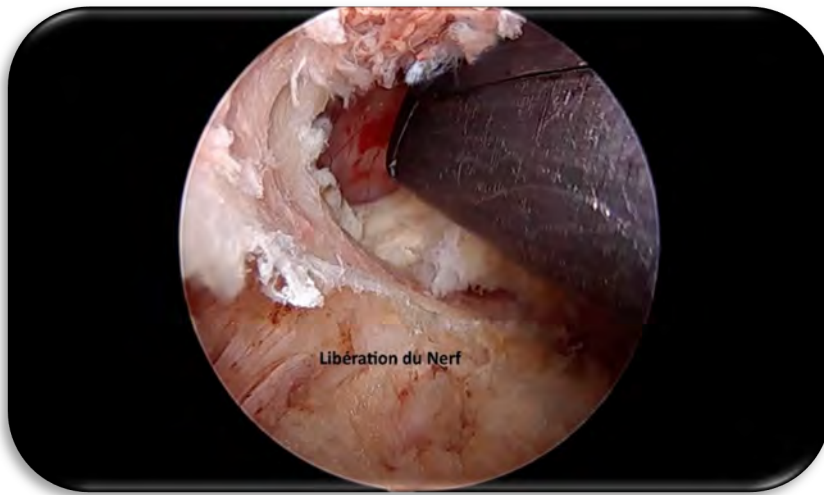
Comme toute chirurgie du Rachis, il peut y avoir une brèche de la dure-mère (lésion de l'enveloppe qui protège les nerfs) complication en général gérée sans conséquences pour le patient. Une lésion d'un nerf (paralysie) moins de 1% selon les études, un problème de cicatrisation ou une infection (moins de 1% également). Ces complications sont bien expliquées dans le formulaire de la SFCR et semblent nettement diminuées avec l'endoscopie comparativement aux techniques traditionnelles dans les études en cours.

La discussion avec votre chirurgien sur la balance entre les bénéfices et les risques est fondamentale. Il existe une variabilité importante entre les patients et le chirurgien se rendra disponible pour vous expliquer et répondre à vos questions.



Déroulement de la chirurgie en image





Réalisation :
Dr Stanislas Marouby – Guillaume Lauwerier – service communication CHN

