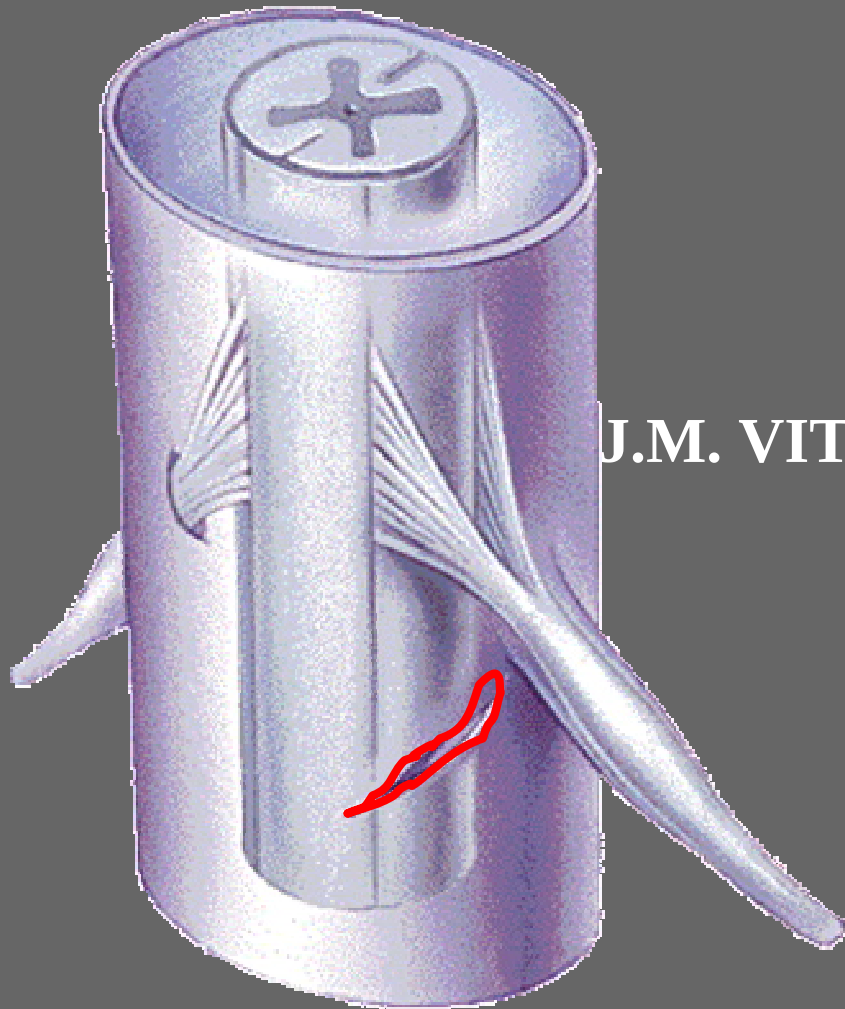
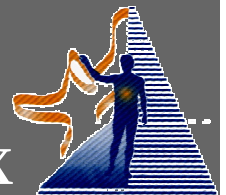


BRECHES DURALES RACHIDIENNES : EXPERIENCE en ORTHOPEDIE



J.M. VITAL , A. BENCHIKH EL FEGOUN

Unité de Pathologie Rachidienne , Tripode , BORDEAUX

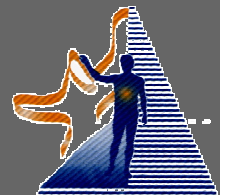


EPIDEMIOLOGIE

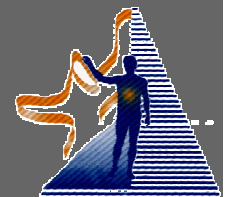
Fréquentes Rampersaud 2006, Tafazal 2005, Bosacco 2001, Cammisa 2000

2 fois plus fréquentes dans les reprises Bosacco 2001

3,5 à 16 % des patients, toutes chirurgies rachidiennes confondues Rampersaud 2006, Tafazal 2005, Bosacco 2001

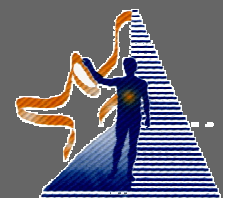


COMMENT PREVOIR LA BRECHE POUR L'EVITER ?

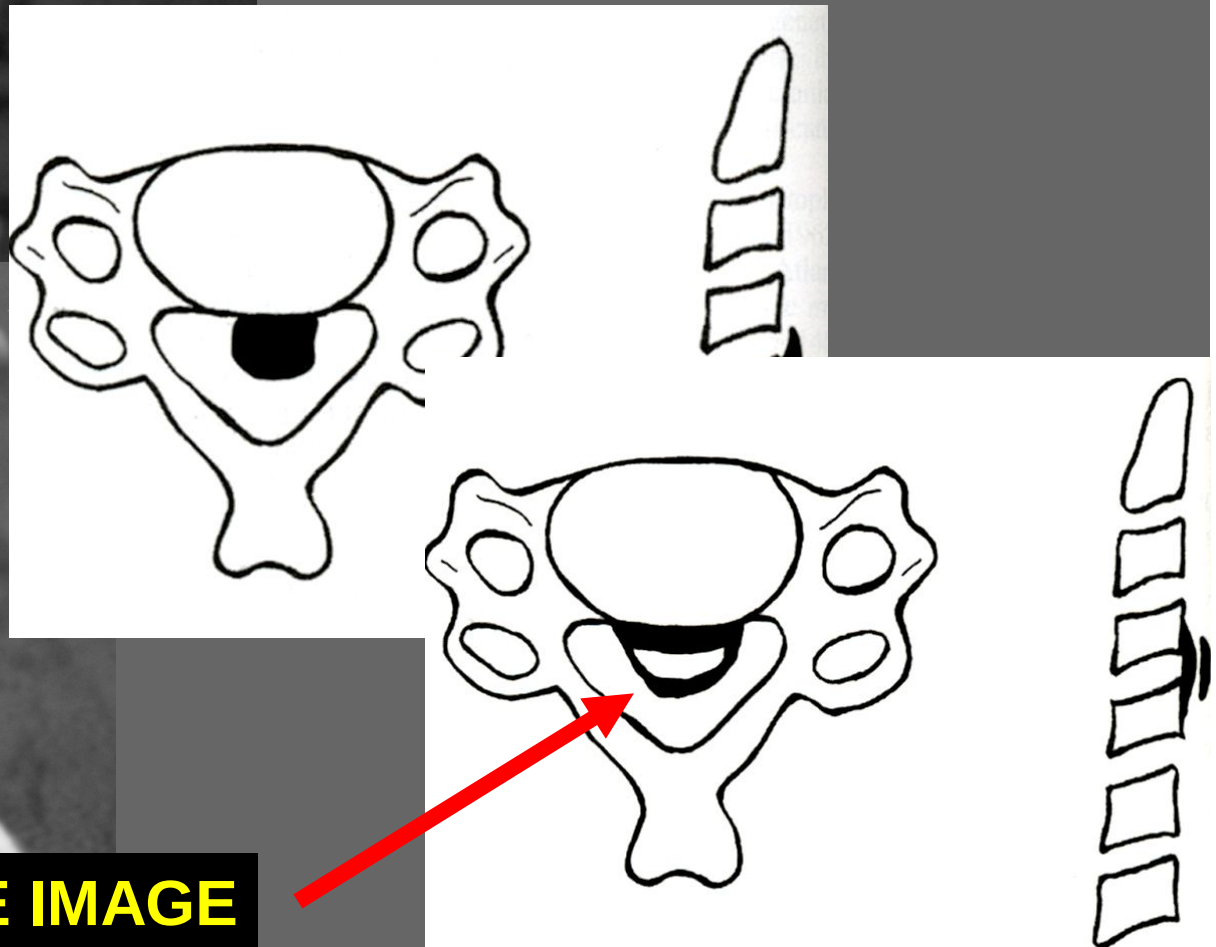




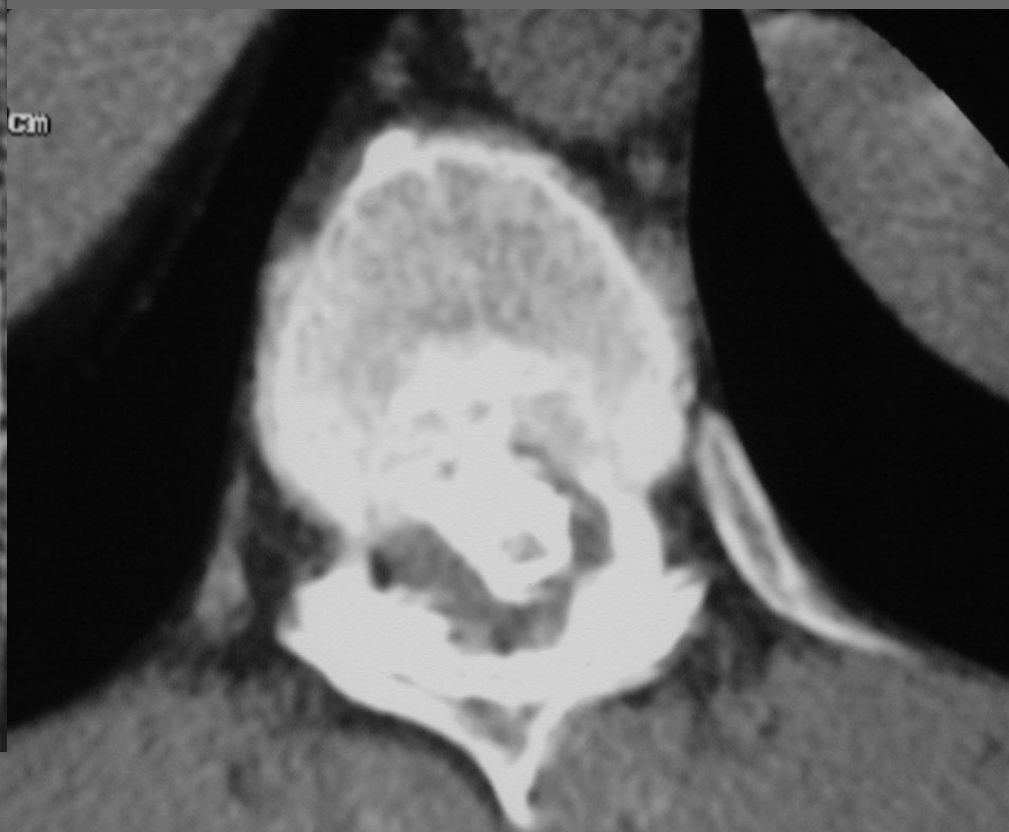
TRAUMATOLOGIE



O.P.L.L.

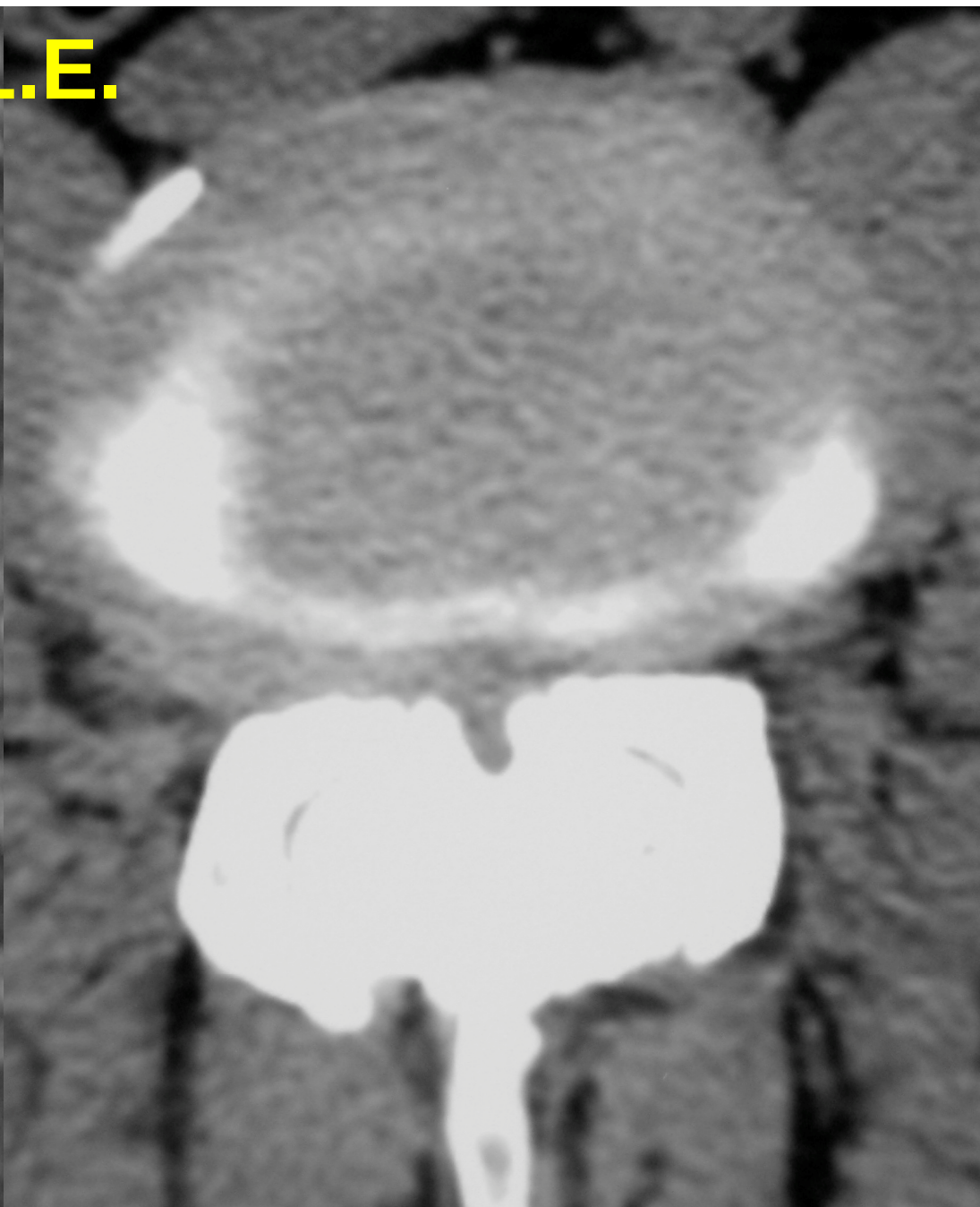


DOUBLE IMAGE



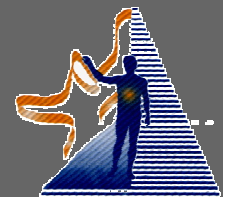
HERNIE THORACIQUE CALCIFIEE

C.L.E.



DYSPLASIE DUREMERIENNE

COMMENT REPARER LA BRECHE ?



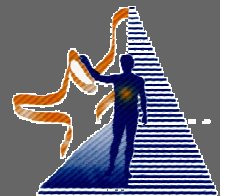
Exposition de la totalité de la zone lésée

Réintégration des radicelles sans pression +/- durotomie

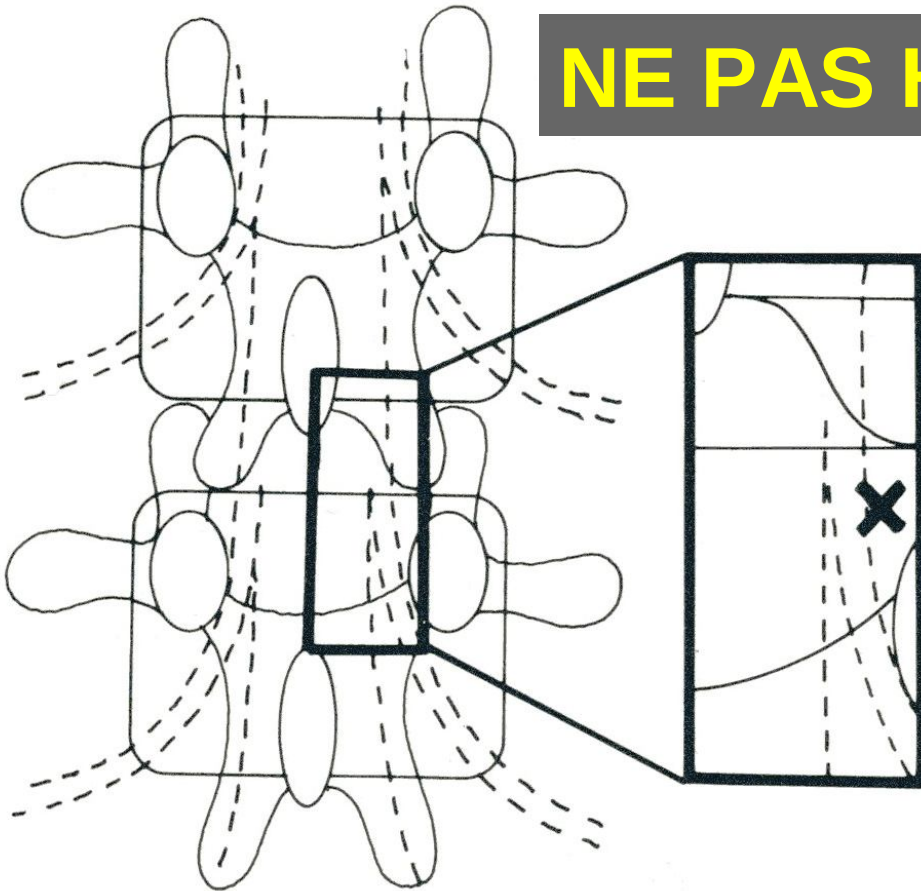
**Suture par fil monobrin fin non résorbable aiguille
ronde (soie ou prolène) sans striction**

Points séparés ou surjet

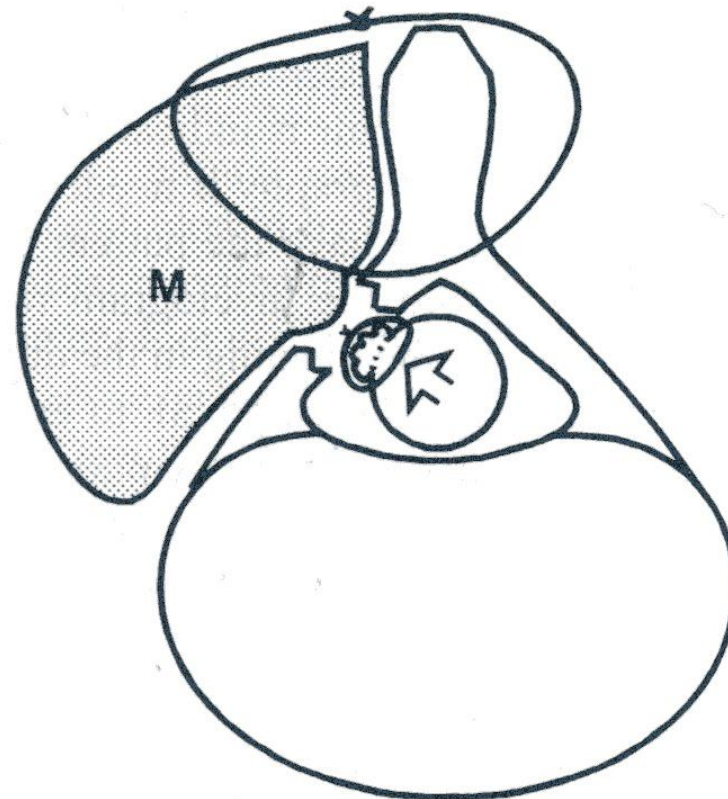
Colle biologique

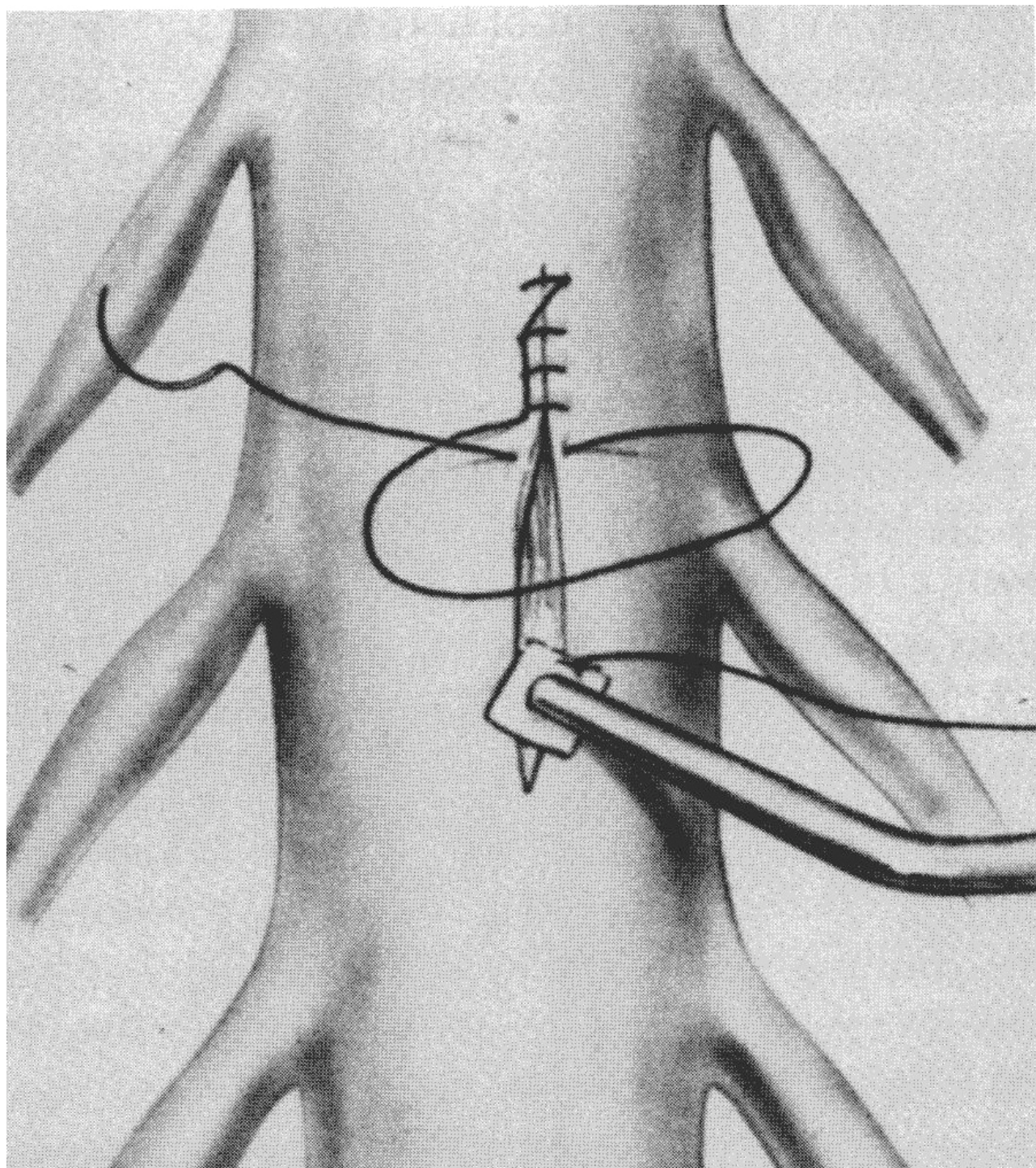


NE PAS HESITER A S'ELARGIR



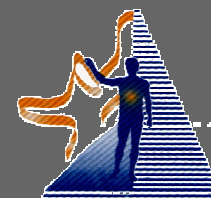
FERMER ETANCHE





SURJET PASSE

+ TISSUCOL

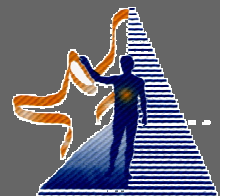


Si perte de substance : Plastie «en sandwich »

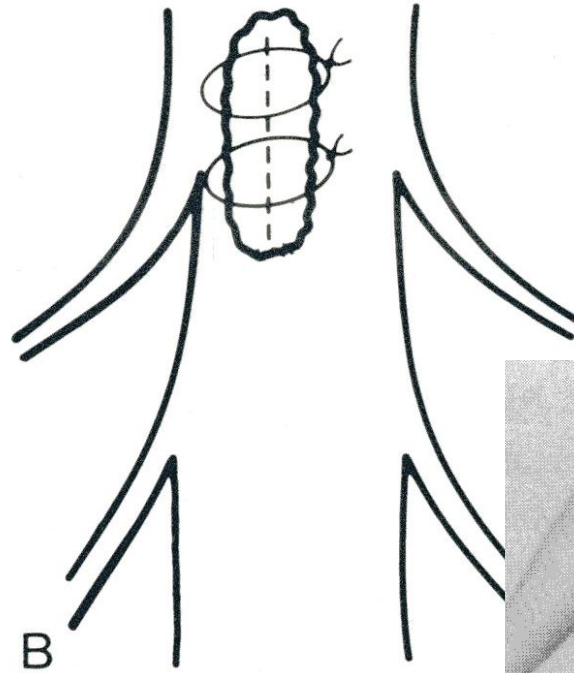
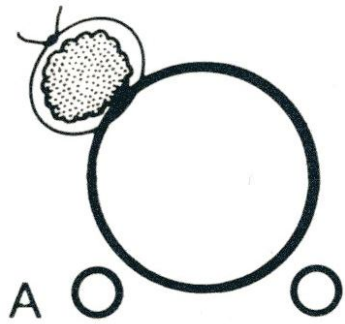
Plastie avec fascia thoracolombaire

Plastie « artificielle » (neuropatch)

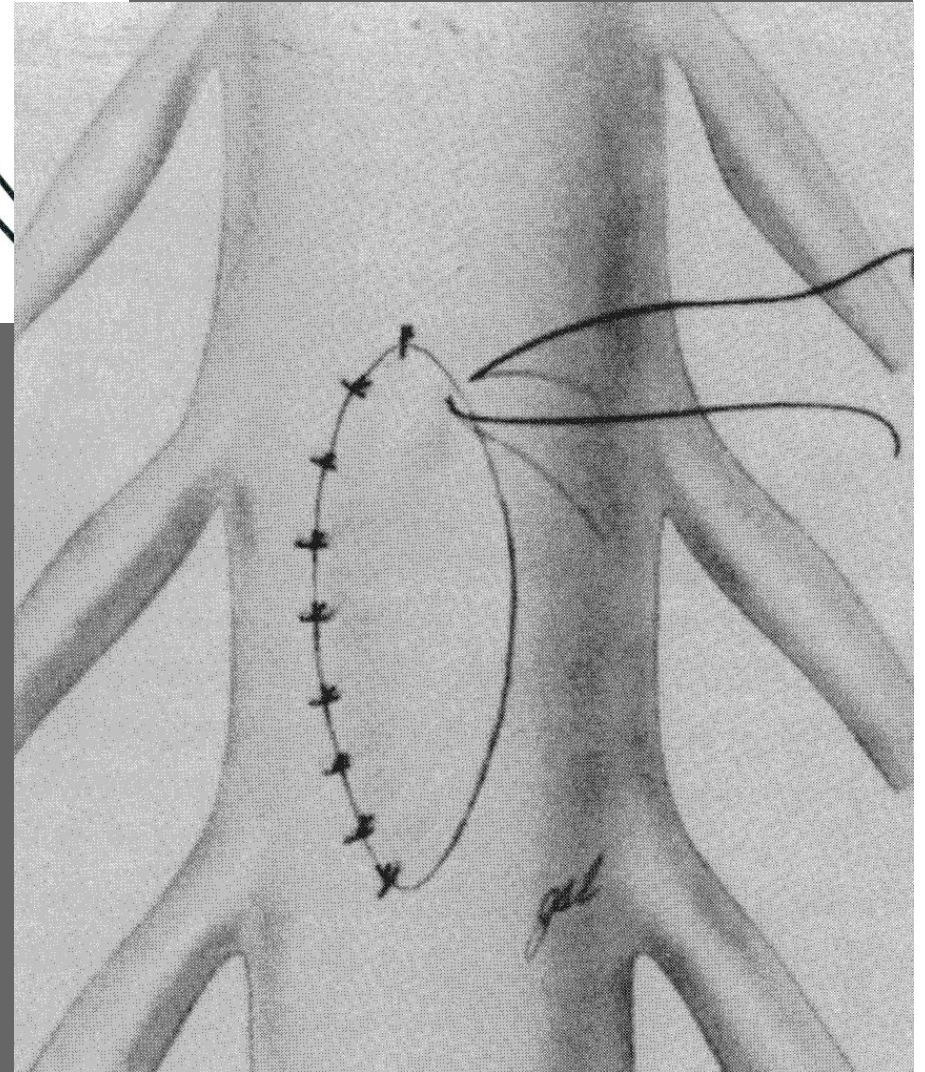
Si lésion radiculaire, pas de suture mais colle.



PLASTIE MUSCULAIRE



PLASTIE ARTIFICIELLE



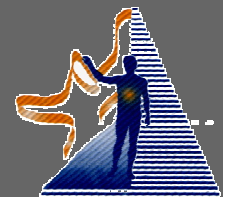
BRECHE CERVICALE ANTERIEURE



Drainage externe en siphonnage

Antibiothérapie prophylactique pour certains

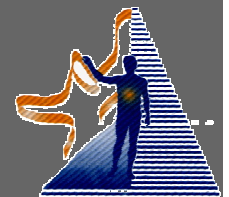
Décubitus dorsal 3 jours , tête basse







QUE FAIRE en POSTOPERATOIRE ?



DIAGNOSTIC CLINIQUE

POST OPERATOIRE IMMEDIAT Bosacco2001

Céphalées positionnelles

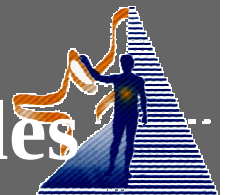
Cervicalgies

Nausées ,vomissements

Parfois Diplopie, troubles de la vision

Vertiges

Céphalées rétro-orbitales ou frontales



DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

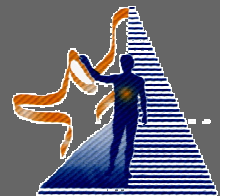
GLUCOTEST

IRM: Isosignal / LCR

Hyposignal T1

Hypersignal T2

Réhaussement périphérique SPIR injecté



T2



T1



SPIR INJ



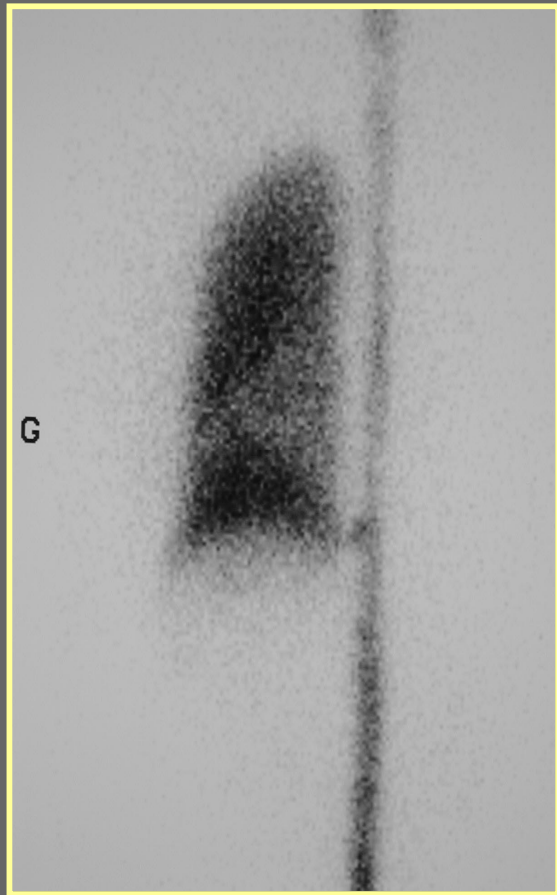
MYELOGRAPHIE aux hydrosolubles couplée au scanner



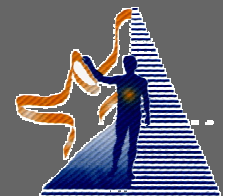
Trajet fistuleux
Fistule méningopleurale



MYELOGRAPHIE ISOTOPIQUE à l'INDIUM marqué



Scintigraphy Indium*



TRAITEMENT

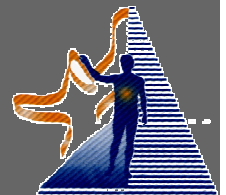
Suture cutanée, pansement compressif

Drains sous arachnoïdiens Bosacco 2001, Stamboug 2000, Guigui 1994

Blood patch épidural Bosacco 2001

Injection percutanée de fibrine Bosacco 2001

**En cas d'échec ou d'emblée : traitement
chirurgical**



T2



Série Service 2005

RETROSPECTIVE 2005

51 BRECHES / 1349 patients opérés: 4%

32 HOMMES

59 ANS (min 28, max 84)

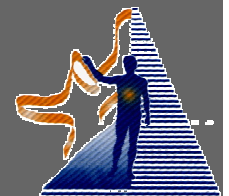
1/4 ATCDS de chirurgie rachidienne

ETIOLOGIES 61 % CLE

27 % HD

12 % Scoliose

10 % SPL



Série Service 2005

CHIRURGIE

+/- GPL+/-VISSAGE

82% DECOMPRESSION

16% HD

2% PTD

REPARATION

57% Suture + Tissucol

21% Tissucol

12% Patch + Tissucol + Surgicel

8% Suture

2% Suture + Tissucol + Surgicel

DRAINAGE

84% Siphonnage

12% Pas de drainage



Série Service 2005

COMPLICATIONS 27%

7 écoulements

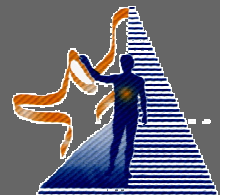
2 méningocèles

2 hématomes

2 sepsis

Date de Premier Lever 3J (min 0, max 10j)

Durée d'Hospitalisation 11J (min 3, max 39)

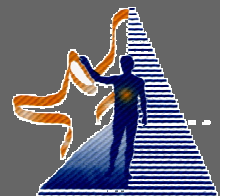


Série Service 2005

REPRISES CHIRURGICALES 20%

Réparation suture appuyée sur patch (TCSurg,
Apo TL, Neuropatch)

1 Drain de dérivation intradural

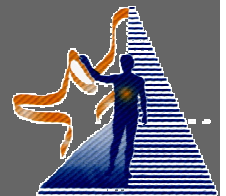


EVOLUTION

Ne modifie pas le résultat fonctionnel à distance Jones 1989, Guigui 1994

Favorable dans la majorité des cas (97%) Bosacco
2001

**si diagnostic et prise en charge rapide
si traitement adéquat**



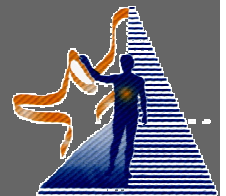
CONCLUSION

Complication fréquente 4%

Dépistage et prise en charge rapide nécessaires++

Peu de séquelles dans la majorité des séries

Aléa thérapeutique...



QUELQUES QUESTIONS

QUEL TYPE de SUTURE ?

QUEL TYPE de PLASTIE ?

QUEL TYPE de DRAINAGE ?

INTERET de la COLLE BIOLOGIQUE ?

INTERET des ANTIBIOTIQUES ?

INTERET du DECUBITUS ?

QUE PENSER du TIAPRIDAL , du GLYCEROL ?

