

INFILTRATION DORSALE AU NIVEAU DE L'ARTICULATION COSTO-VERTEBRALE

1. QUELLE PARTIE DU CORPS?

Quelle est l'utilité de cette partie du corps ?

La colonne dorsale assure à la fois le **soutien** et la **souplesse** des mouvements de la colonne vertébrale dorsale. On peut ainsi se pencher en avant ou sur le côté grâce à des muscles rattachés au niveau des vertèbres. Les vertèbres dorsales sont articulées avec les **côtes** pour en permettre la mobilité lors des **mouvements de respiration**.

La colonne vertébrale dorsale et les côtes peuvent être soumises à de fortes **contraintes** (activités sportives, sauts), à des traumatismes (chutes, accidents).

De quoi est-elle constituée ?

La colonne dorsale est constituée de 12 vertèbres empilées les unes par rapport aux autres. Elles forment une courbe convexe en arrière appelée cyphose. Les vertèbres sont articulées les unes par rapport aux autres d'une part par l'intermédiaire des **disques inter-vertébraux** (mobilité et amortissement), et d'autre part par de petites articulations situées en arrière des vertèbres (**inter-apophysaires ou zygapophysies**) pour stabiliser et guider le mouvement.

A chacun des 12 niveaux des vertèbres dorsales, **2 côtes** sont articulées de chaque côté, avant de se réunir en avant sur le sternum (sauf pour les 2 dernières côtes dites flottantes). Elles forment la **cage thoracique**.

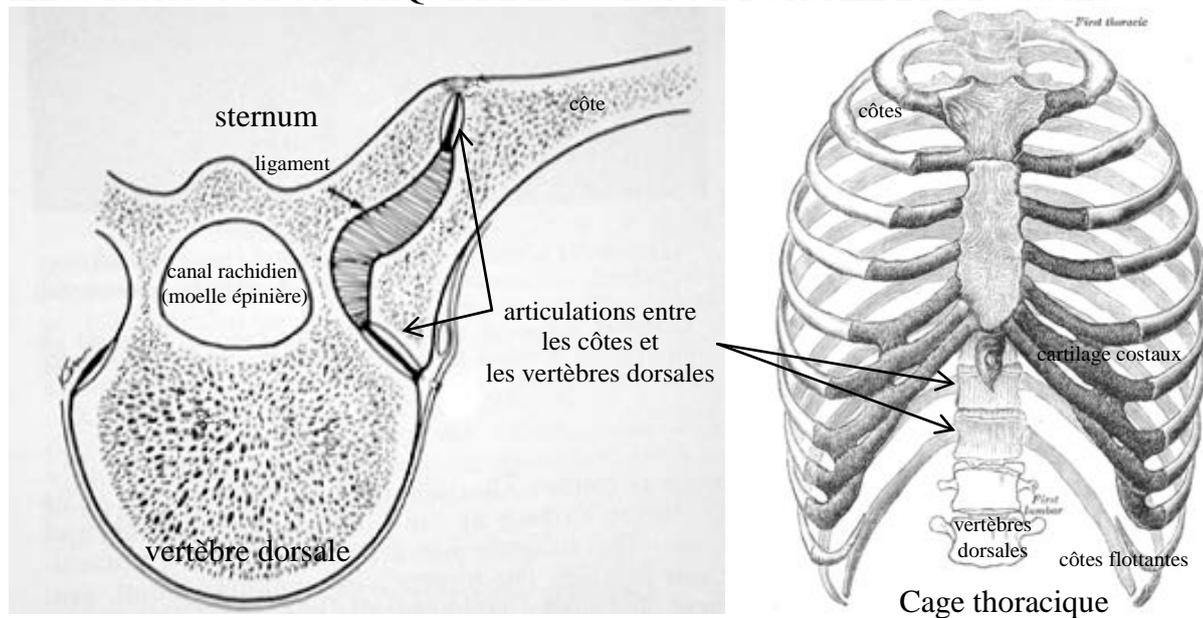
Des **ligaments**, sortes de solides rubans élastiques, unissent solidement les vertèbres et les côtes les unes par rapport aux autres à tous les niveaux. Des **muscles** puissants font bouger la colonne dorsale (pour le sport, la respiration...) et participent à son maintien.

Les vertèbres sont creuses, laissant passer la **moelle épinière**, qui s'arrête à la partie haute de la colonne lombaire. Les nerfs émergent à chaque niveau vertébral, sortant par des trous latéralement délimités entre chaque vertèbre (dits trous **de conjugaison** ou foramens). Puis les nerfs gagnent leur trajet vers le chaque niveau intercostal pour aller jouer leur rôle (sensibilité et motricité). Il s'agit des racines nerveuses dites T1 à T12.

LES VERTEBRES DORSALES SONT ARTICULEES LATERALEMENT AVEC 2 COTES A CHAQUE NIVEAU. ELLES FORMENT LA CAGE THORACIQUE. SA SOUPLESSE PERMET LES MOUVEMENTS DE LA RESPIRATION.

UNE ATTEINTE DES ARTICULATIONS COSTO-VERTEBRALES PEUT DONNER DES DOULEURS A CHAQUE ETAGE, VOIRE IRRITER LES RACINES NERVEUSES QUI SORTENT A CHAQUE NIVEAU.

ILLUSTRATION ANATOMIQUE DE LA COLONNE DORSALE ET DES CÔTES



2. POURQUOI FAUT-IL TRAITER ?

Quel est le problème?

Une agression s'est produite au niveau de votre articulation. Les origines de cette inflammation articulaire sont multiples et variées. On peut les résumer en plusieurs groupes de maladies :

- Les **facteurs mécaniques**, type traumatismes ou micro-traumatismes répétés, excès de contrainte, positions anormales, peuvent être responsables de cette atteinte.
- L'arthrose est une usure du cartilage, qui empêche les 2 surfaces articulaires de glisser normalement l'une par rapport à l'autre. Ses origines sont traumatiques. Elle est souvent d'évolution lente.
- Des **maladies inflammatoires** peuvent provoquer une inflammation de l'articulation costo-vertébrale : infection, rhumatisme inflammatoire chronique (spondylarthrite), microcristaux (calcifications)

L'ATTEINTE DE L'ARTICULATION COSTO-VERTEBRALE EST SOUVENT D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

L'ARTHROSE EST UNE USURE ANORMALE DU CARTILAGE, ET L'ARTHRITE UNE INFLAMMATION ARTICULAIRE D'ORIGINE DIVERSE (INFECTION, MICROCRISTAUX, RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE)

Quelles en sont les conséquences ?

Souvent après un effort, vous ressentez des **douleurs** au niveau du dos, qui irradient en ceinture le long du trajet d'une côte. La douleur peut être réveillée lors des mouvements du dos ou à la respiration profonde. Il peut s'agir également d'**engourdissements**. Les efforts de toux ou d'éternuement peuvent réveiller votre douleur. Vous pouvez moins bien sentir le toucher, la piqûre ou la chaleur sur le trajet du nerf et de la douleur.

LES SIGNES CLINIQUES SONT : DOULEURS EN CEINTURE LE LONG D'UNE COTE, ENGOURDISSEMENTS, VOIRE DEFAT DE SENSIBILITE

Quels examens faut-il passer ?

La **radiographie** n'est pas indispensable au début si les signes sont typiques. Elle peut permettre de voir l'arthrose, souvent ancienne.

S'il le juge nécessaire, votre médecin peut vous proposer d'autres examens : formes atypiques, rebelles ou compliquées. Ainsi, le **scanner** (rayons X) et l'**IRM** (champ magnétique) peuvent permettre de voir l'arthrose et l'inflammation au niveau de l'articulation costo-vertébrale.

Des **examens sanguins** peuvent être utiles. On peut ainsi rechercher entre autres des signes d'inflammation.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES NE SONT INDISPENSABLES QUE DANS LES FORMES ATYPIQUES, COMPLIQUEES, OU REBELLES

LE SCANNER OU L'IRM PEUVENT PERMETTRE DE VOIR LA CAUSE DE L'ATTEINTE DE L'ARTICULATION COSTO-VERTEBRALE

Place du traitement par infiltration

Les traitements médicaux...

Des médicaments permettent de lutter contre la douleur (**antalgiques**) et contre l'inflammation (**anti-inflammatoires**). La place de l'**infiltration** se situe en complément de ces différents traitements. Il s'agit d'injecter localement un produit cortisonique d'action immédiate et retardée. Son action est rapide (24-48 heures) et permet de diminuer voire de faire disparaître les symptômes. L'action du corticoïde se prolonge sur 3 à 6 semaines, mais l'efficacité peut se prolonger pendant plusieurs mois, voire être définitive.

... et leurs limites

Après une infiltration, la disparition rapide des douleurs ne doit pas vous faire reprendre vos activités d'emblée à 100%, mais très progressivement. En effet, il y a un risque de récurrence.

L'infiltration va contrôler partiellement ou totalement l'inflammation d'origine irritative, pour **passer un cap**. Mais si les mêmes activités mécaniques responsables restent inchangées, ou si la maladie en cause n'est pas stabilisée ou guérie par ailleurs, la douleur peut repartir.

On peut renouveler une infiltration, mais son échec doit faire envisager d'autres investigations.

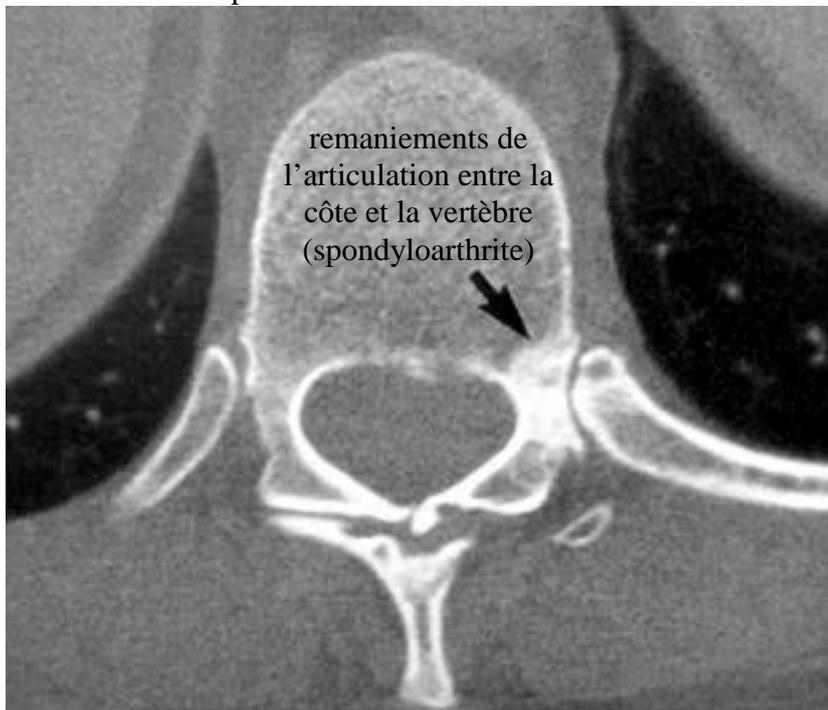
Les traitements chirurgicaux...

Ils ne sont qu'exceptionnellement indiqués.

L'INFILTRATION CORTISONIQUE VIENT EN COMPLEMENT D'UN TRAITEMENT ANTI-DOULEUR ET ANTI-INFLAMMATOIRE INSUFFISAMMENT EFFICACE. ELLE PERMET SOUVENT DE RETROUVER PROGRESSIVEMENT L'INDOLENCE.

ILLUSTRATION D'UNE ARTHROSE COSTO-VERTEBRALE

Scanner avec coupe transversale au niveau d'une vertèbre dorsale



3. LE GESTE QUI VOUS EST PROPOSE

Introduction

Le premier temps est une **ponction**, qui consiste à faire pénétrer une aiguille à proximité de l'articulation costo-vertébrale en cause. Le second temps est une **injection**. C'est le plus souvent un produit cortisonique ou **corticoïde**, et c'est ce que l'on appelle communément une **infiltration**. Ces corticoïdes sont des dérivés de la cortisone naturelle, utilisés pour leur très puissante action anti-inflammatoire.

Mais ce peut être aussi entre autres un produit anesthésique (contre la douleur lors de la ponction), un produit de contraste à base d'iode (pour repérage).

LE GESTE TECHNIQUE COMPREND UNE PONCTION ET UNE INFILTRATION D'UN DERIVE CORTISONIQUE D'ACTION PROLONGEE

Avant le geste

Assurez-vous que vous n'avez **aucune infection** en cours ou potentielle. Ainsi, tout épisode infectieux avec fièvre devra faire retarder le geste. La peau autour de l'articulation doit être bien propre, sans plaie ni éruption, type psoriasis ou acné par exemple. Toute infection locale ou régionale contre-indiquera le geste.

Ayez bien signalé **toute allergie** antérieure, ou un terrain allergique.

Signaler vos traitements, notamment **anti-coagulant**, corticoïde, immunodépresseur.

Signalez un éventuel **diabète**, une **hépatite virale**, être porteur du virus **HIV**, une **maladie hémorragique** comme l'hémophilie.

Assurez-vous que vous n'aurez pas besoin de quelqu'un pour vous **accompagner** à votre retour.

Lisez bien ce document, et n'hésitez pas à poser des **questions** complémentaires à votre médecin.

Vous pourrez avoir à signer un document pour conforter la confiance en l'information qui vous est donnée par votre médecin.

JE PREPARE BIEN LA REALISATION DE CE GESTE AVEC MA CHECK-LIST

Le geste

La ponction et l'infiltration se pratiquent dans un cabinet médical, sur une table de consultation allongé sur le ventre ou de 3/4. Une technique de **guidage** s'avère nécessaire pour plus de précision du geste. Il peut s'agir d'une radioscopie (images obtenues sur une table de radio grâce aux rayons X, avec possibilité d'injection d'un produit iodé pour vérifier le bon emplacement de l'aiguille), voire d'un scanner (rayons X) ou d'une IRM (rayonnement magnétique). L'évaluation de la quantité de rayonnement X délivrée pourra vous être précisée.

Votre médecin respectera les règles d'**asepsie** : lavage de main, gants propres, matériel stérile à usage unique, désinfection soigneuse de votre peau en regard du point d'injection.

Une **anesthésie locale** peut être proposée, mais elle n'est pas toujours utile si le point de ponction est peu douloureux : la piqûre d'anesthésie le serait tout autant.

Le point de ponction peut varier selon l'habitude du médecin : il se situe dans le dos, .

Le trajet de l'aiguille peut être trouvé du premier coup, mais peut nécessiter également quelques essais avant de se retrouver **au niveau de l'articulation**. La ponction peut être plus ou moins douloureuse si l'aiguille touche un petit nerf ou l'os. Signalez-le à votre médecin, qui y remédiera, éventuellement avec une anesthésie locale.

L'aiguille est ensuite retirée. Une compression de quelques secondes peut être nécessaire s'il y a reflux. Un simple pansement suffit. La technique ne dure au plus que quelques minutes.

LE GESTE TECHNIQUE EST SIMPLE ET RAPIDE, SOUS GUIDAGE PAR RADIOSCOPIE

Après le geste

Une **période de repos** allongé doit être préconisée après l'infiltration. Il est préférable d'être raccompagné, surtout si vous devez conduire ou si une anesthésie locale a été réalisée.

Vous pouvez retirer le pansement après quelques heures en l'absence d'écoulement.

Il faut **respecter des consignes d'une activité mesurée** pendant environ 3 semaines.

Signalez à votre médecin tout épisode d'**éruption** sur la peau, de grattage, de fièvre.

Des **douleurs** dans les 24-48 premières heures sont le plus souvent bénignes, et ne nécessitent que la prise temporaire d'anti-douleur ou d'anti-inflammatoire, voire l'application de glace. Toutefois, si les douleurs persistent ou s'aggravent, prévenez votre médecin.

La **reprise des activités** professionnelles ou sportives ou de la rééducation doit être envisagée au cas par cas avec votre médecin, en fonction du résultat de l'infiltration et de la maladie en cause. Demandez un arrêt de travail ou un certificat d'arrêt des activités sportives si nécessaire.

Renseignez-vous pour savoir si une visite de contrôle est nécessaire.

ILLUSTRATION : INFILTRATION COSTO-VERTEBRALE

Scanner : coupe transversale au niveau d'une vertèbre dorsale avec infiltration au niveau de l'articulation entre la côte et la vertèbre



aiguille

Injection de produit dit de contraste à base d'iode (en blanc) pour se repérer au niveau de l'articulation

4. LES RESULTATS ATTENDUS

Douleur

Une infiltration cortisonique va être **efficace** 6 ou 7 fois sur 10. Cela signifie que la douleur diminue ou disparaît, et que la fonction s'améliore. L'amélioration est souvent spectaculaire.

Toutefois, le résultat est variable d'une personne à l'autre, et fonction de plusieurs facteurs :

- Le degré de l'irritation ou de la compression peut être tel que l'infiltration cortisonique ne suffise pas.
- L'infiltration peut avoir besoin de plus de précision.
- Le résultat a été satisfaisant, mais quelques semaines ou mois plus tard, les douleurs et la gêne recommencent. On peut recommencer une infiltration, et rechercher les causes de la récurrence.

Fonction

Vous êtes moins gêné à la respiration profonde.

Autres traitements

Vous pourrez avoir besoin de traitements anti-douleur ou anti-inflammatoire, en fonction des douleurs résiduelles. Ne prenez ces traitements que si vous en avez besoin.

TRES BONS RESULTATS SUR MA DOULEUR

5. LES RISQUES

Le médecin qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

L'infection est le risque le plus sérieux, mais il ne survient qu'une fois sur 20 à 70 000 malgré les précautions d'asepsie. Le germe peut provenir soit de l'environnement de votre médecin, soit de votre peau, soit amené par votre circulation sanguine d'un autre organe infecté.

Des facteurs favorisants sont à prendre en compte : traitement général par corticoïde, une biothérapie de rhumatisme inflammatoire chronique, un traitement immunosuppresseur, être porteur du HIV, un diabète.

Une allergie est possible, à l'anesthésique, aux excipients du produit cortisonique, voire à l'iode injecté pour mieux visualiser votre bourse. Elle reste rare.

Un malaise vagal est bénin et de courte durée. Il peut même précéder le geste. Il associe pâleur, malaise voire perte de connaissance, pouls ralenti, sueurs.

Le syndrome de Tachon survient dans les quelques minutes qui suivent l'injection. Une sensation de malaise intense avec douleurs lombaires (et parfois thoraciques) régresse en quelques minutes, de caractère bénin. Il est d'origine peu claire, peut-être lié à l'injection intra-vasculaire du produit cortisonique retard.

La ponction peut entraîner un **hématome sous-cutané**. Ce peut être dû à la ponction d'un petit vaisseau, sans gravité. C'est également favorisé par une maladie hémorragique connue, comme l'hémophilie, ou un traitement anti-coagulant, voire anti-agrégant plaquettaire. Une hémorragie au niveau du canal rachidien est exceptionnelle.

Une petite partie du corticoïde injecté passe dans la circulation générale. Un **diabète** ou une **hypertension** peuvent être décompensés pendant quelques jours. Une hypotension est rare juste après l'infiltration. De même, une **rougeur du visage** avec sensation de gonflement peut survenir transitoirement pendant quelques jours. Ce n'est pas à confondre avec une allergie.

Des **douleurs aiguës du dos** peuvent survenir les quelques jours suivant l'infiltration, en général rapidement résolutive.

D'exceptionnelles complications avec atteinte des nerfs et paralysie ont été rapportées.

Une atteinte de la plèvre (poche qui entoure les poumons) peut exceptionnellement entraîner un **pneumothorax**, c'est à dire de l'air autour du poumon. Signalez à votre médecin tout essoufflement.

En fait, avec les précautions usuelles, un geste infiltratif bien indiqué a un excellent rapport bénéfices / risques, ces derniers restant très rares et le plus souvent réversibles.

<p>LES RISQUES SONT RARES ET LE PLUS SOUVENT TRANSITOIRES ET BENINS. SIGNALER A VOTRE MEDECIN DES DOULEURS REBELLES, UN ESSOUFFLEMENT, UNE FIEVRE</p>
--