

ZOOM SUR

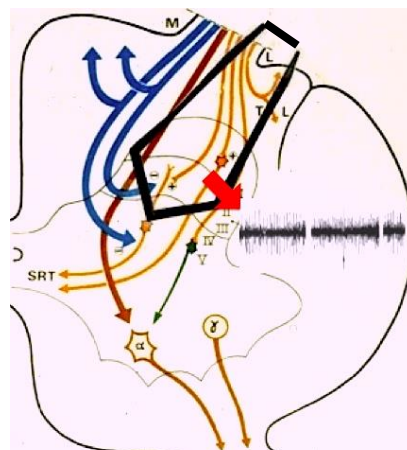
Neurochirurgie de la douleur :

Place de la DREZotomie microchirurgicale

Les douleurs neuropathiques relèvent bien entendu en première intention des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques classiques auxquels les méthodes de médecine physique peuvent être utilement associées. Lorsque ces traitements de fond ne suffisent pas, les méthodes de neuromodulation, au premier plan desquelles la neurostimulation sous ses multiples formes, constituent la première option du fait de leur caractère conservateur. Ces méthodes ont l'avantage de leur réversibilité et de la possibilité d'en modifier les paramètres par des commandes téléométriques.

Il existe cependant des situations où ces méthodes ne sont pas efficaces et où le recours à des interventions neurochirurgicales « lésionnelles » peut apporter une solution efficace. Il en est ainsi de certaines techniques microchirurgicales dont la DREZotomie (DREZ : Dorsal Root Entry Zone), développée par le Professeur Marc Sindou, devenue désormais classique qui s'effectue sous microscope opératoire.

Dans son principe, la DREZotomie vise à supprimer de façon sélective les structures à l'origine de la douleur neuropathique lorsque celles-ci sont localisées dans la zone d'entrée des afférences sensitives dans la moelle épinière. La lésion thérapeutique consiste à interrompre les fibres dites nociceptives et détruire par coagulation les neurones hyper-actifs situés dans la corne dorsale, correspondant au territoire de la douleur, en respectant les autres fibres.



La cible est délimitée par la tête de la flèche noire.

Les indications de la DREZotomie sont limitées aux douleurs suivantes :

-tout d'abord les douleurs secondaires aux avulsions plexiques, en particulier celles -les plus fréquentes- liées aux étirements du plexus brachial (classiques dans les accidents de moto). Ces douleurs sont en relation avec une hyperactivité spontanée et anarchique des cellules de la corne dorsale (désafférentée) correspondantes aux racines arrachées. Les techniques de neuromodulation, en particulier la stimulation électrique de la moelle, y sont généralement inefficaces. Une DREZotomie peut être proposée lorsque la méthode de stimulation corticale, envisagée au préalable, s'est révélée inefficace.



-ensuite, les douleurs secondaires à une lésion de la moelle épinière elle-même, en particulier celles après traumatisme du cône médullaire et/ou de la queue de cheval. La stimulation médullaire y est généralement inefficace.

-enfin, certaines douleurs d'origine cancéreuse, seulement si la tumeur d'origine est relativement bien circonscrite et stable dans son évolution à moyen terme, seulement si la douleur est localisée et bien définie sur le plan topographique, et si l'état général du patient n'est pas trop précaire pour subir une opération à ciel-ouvert. Il en est parfois ainsi des tumeurs de l'apex thoracique (syndrome de PANCOAST-TOBIAS) ou de tumeurs du plancher pelvien avec douleurs périnéales surtout s'il existe une abolition des fonctions vesico-sphinctériennes et génitales.



Professeur Marc Sindou



Docteur Selma Hamdi

Dans ces indications, après sélection rigoureuse des patients, la DREZotomie microchirurgicale peut venir en aide pour le contrôle de la douleur chronique, et s'inscrire dans l'arsenal thérapeutique des Centres de traitement de la douleur.