

**VOUS ALLEZ AVOIR UNE INFILTRATION EPIDURALE INTERLAMAIRE LOMBAIRE DE CORTICOÏDE
GUIDEE SOUS SCANNER**

Pour diminuer la douleur du dos ou de la jambe par l'injection d'un corticoïde directement au contact du conflit .

QUEL EST LE MEDICAMENT UTILISE ?

L'anti-inflammatoire utilisé est un corticoïde : le cortivazol (**Alfim***)

COMMENT EST ADMINISTRE LE PRODUIT ?

Après avoir repéré au niveau de la colonne vertébrale sous scanner le niveau du conflit responsable de vos douleurs du dos ou de la jambe , une aiguille fine sera mise en place entre le fourreau dural qui contient vos racines nerveuses (sans y pénétrer) et la cause du conflit (arthrose, hernie discale) puis une injection du corticoïde sera réalisée.

Il est préférable de modérer vos activités pendant les 24 à 48 heures qui suivent l'infiltration , ce qui améliore l'efficacité du traitement.

QUELS SONT LES EVENTUELS RISQUES QUE VOUS POUVEZ RENCONTRER?

Les injections de corticoïdes sont pratiquées de façon courante et les risques sont ceux d'une piqûre:infection locale, hématome. Il a également été rapporté quelques rares cas de complications neurologiques graves vraisemblablement par injection de corticoïdes directement dans un vaisseau. Ces complications sont survenues uniquement chez des patients qui avaient déjà été opéré du dos, et après injection d'un corticoïde différent de celui qui vous sera injecté.

Il existe un risque d'allergie au produit de contraste iodé (injecté avec le corticoïde, il permet de visualiser sa diffusion et en particulier l'absence de passage du produit dans un vaisseau). Veuillez le signaler à votre médecin si cette allergie est connue.

Veuillez également signaler un éventuel asthme mal équilibré (crise dans les 8j) car il sera alors préférable de reporter l'infiltration.

Des injections locales répétées de corticoïdes peuvent décompenser un diabète mal équilibré.

L'injection de corticoïdes par voie locale est très bien tolérée et n'entraîne habituellement aucune réaction.

Après avoir lu ce formulaire d'information, vous pourrez encore poser toutes les questions que vous souhaitez à l'équipe médicale dans le service.

**Professeur xxxxxxxxxxxxxx Responsable du secteur d'Imagerie ostéo-articulaire
Service d'Imagerie Médicale , Hôpital xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**

Tél : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Scanner (radiologue de garde xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné (e)

Nom et Prénom :.....

accepte la réalisation de cet examen

J'ai lu ce jour la notice d'information, et j'ai bien pris connaissance des bénéfices attendus, et des risques du geste ainsi que des conditions de sa réalisation.

Fait à, le.....

Signature du patient