



Informations concernant **La discopathie lombaire**

(Prendre sa décision, guide pratique)

Vous souffrez d'une discopathie lombaire et le chirurgien consulté vous a proposé une intervention chirurgicale. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

Anatomie

QU'EST-CE QU'UNE DISCOPATHIE LOMBAIRE ?

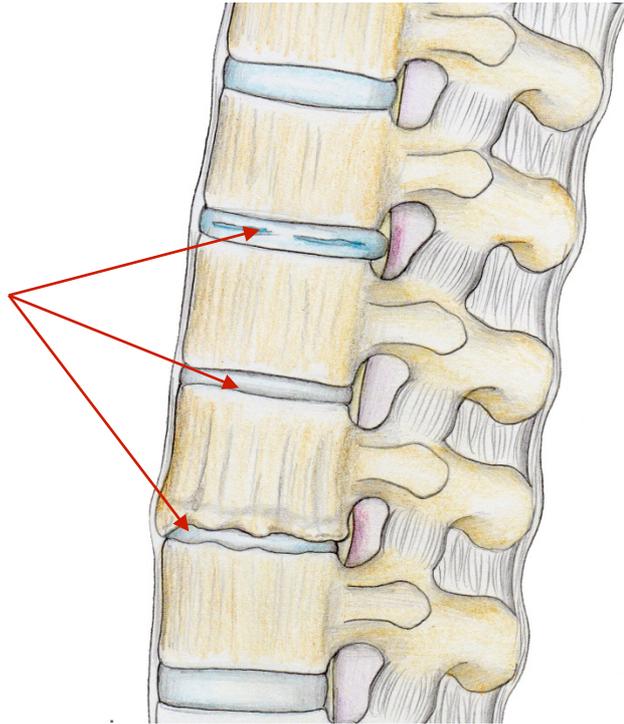
La colonne vertébrale est constituée d'un empilement de vertèbres. Les cinq vertèbres du bas constituent la colonne lombaire, ou rachis lombaire, qui repose sur le sacrum. Entre chaque vertèbre se trouve un disque qui sert d'amortisseur. Il est composé de deux parties, l'une centrale, le noyau et l'autre périphérique, l'annulus. L'annulus sert d'enveloppe au noyau. Quand l'annulus se déchire, le plus souvent par usure, une partie du noyau s'échappe et va comprimer le nerf à l'intérieur de la colonne vertébrale. C'est ce que l'on appelle une hernie.

Fréquemment, le disque s'use sans se déchirer, ne donne pas de hernie et ne comprime pas les nerfs. L'usure d'un disque s'appelle une discopathie. Cette discopathie peut être normale ou prématurée. Elle est due à des contraintes mécaniques excessives, comme le surpoids, le port de charges lourdes, un travail avec vibrations, des transports longs. Dans la discopathie, le disque intervertébral se déshydrate, il devient moins souple et donc amortit moins bien. Cela crée des microtraumatismes locaux et provoque des douleurs et des contractures musculaires : ce sont les lombalgies.

Une discopathie importante peut également entraîner le développement d'arthrose au niveau local ou des troubles de la statique de la colonne vertébrale, pouvant eux-mêmes donner des douleurs chroniques.

Une discopathie peut toucher un ou plusieurs disques lombaires.

Discopathies d'importance croissante



Pourquoi une prise en charge chirurgicale est-elle nécessaire ?

Le traitement chirurgical des lombalgies chroniques par discopathie ne peut être envisagé qu'en cas d'échec des traitements conservateurs (médicaments, rééducation). Ces traitements doivent être tentés pendant au moins six mois, avant de les considérer inefficaces.

L'objectif de la chirurgie est de soulager les douleurs et d'améliorer la qualité de vie personnelle et professionnelle. Cependant, cela ne permet que très rarement de faire complètement disparaître les douleurs. La colonne vertébrale reste plus sensible après l'opération et il faut continuer à prendre des précautions pour éviter de l'user à nouveau. Cela implique parfois des modifications des activités physiques, sportives et professionnelles.

La décision de traitement n'est jamais une urgence et doit faire l'objet d'une discussion entre vous et votre chirurgien.

Les autres alternatives et l'évolution sans traitement

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN DEHORS DE LA CHIRURGIE

Les lombalgies évoluent souvent par crises aiguës, survenant lors d'efforts ou de faux mouvements, c'est le lumbago.

Ces crises se soignent par du repos et des médicaments (anti-inflammatoires, antalgiques et myorelaxants.) Même si elles sont parfois très douloureuses, les crises aiguës ne justifient jamais d'un traitement chirurgical.

Lorsque des douleurs permanentes s'installent entre les crises, on dit que les douleurs deviennent chroniques. Le traitement reste alors médical en première intention. On associe également de la rééducation par kinésithérapie, et des conseils d'hygiène du dos pour apprendre à limiter les contraintes sur votre colonne vertébrale.

Lorsque les douleurs de discopathie persistent à un niveau qui limite les activités de la vie quotidienne malgré un traitement médical (antalgiques, anti-inflammatoire, infiltrations) et une rééducation bien conduite, on peut envisager un traitement chirurgical.

L'HISTOIRE NATURELLE DE LA DISCOPATHIE LOMBAIRE

L'évolution naturelle des lombalgies par discopathie est variable. Les douleurs peuvent rester stables ou devenir de plus en plus importantes, et limiter progressivement vos activités personnelles et professionnelles.

Le déroulement de l'opération

L'ANESTHESIE ET LES GESTES TECHNIQUES

Il existe plusieurs techniques chirurgicales de prise en charge des discopathies. Elles doivent être discutées en fonction du cas de chaque patient. Elles sont réalisées pour la plupart sous anesthésie générale.

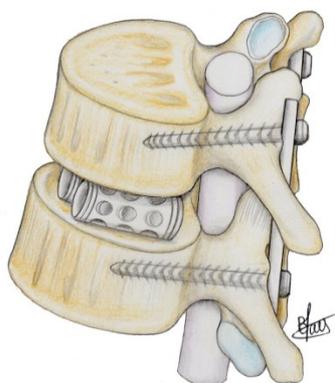
S'il existe une nécessité de décompression nerveuse, à cause d'une hernie discale ou d'arthrose en plus de la discopathie, votre chirurgien optera pour une chirurgie par voie postérieure (abord chirurgical dans le dos).

- L'arthrodèse lombaire postérieure consiste à bloquer le ou les niveaux douloureux afin de limiter les mouvements discaux. Cette technique permet d'enlever le disque malade et de le remplacer par des cages contenant de l'os naturel ou artificiel. Ce montage aboutit en quelques mois à la fusion (soudure) des vertèbres concernées et donc d'atténuer les douleurs. Le chirurgien complétera son geste en plaçant 2 vis dans la vertèbre du dessus et 2 vis dans la vertèbre du dessous, reliées entre elles pour stabiliser le montage. Ce type de chirurgie peut se faire par voie postérieure (cicatrice lombaire au milieu) ou postéro-latérale (cicatrices lombaires légèrement décalées).

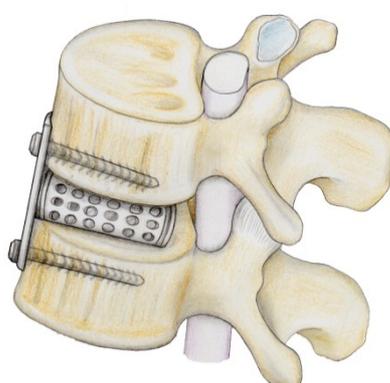
S'il n'y a pas de nécessité de geste de décompression nerveuse, votre chirurgien pourra discuter une chirurgie par voie antérieure ou latérale (abord chirurgical par le ventre ou par le flanc). Ce type de chirurgie, si elle est possible, permet d'épargner les muscles du dos, et autorise donc une rééducation et une récupération plus rapides.

- L'arthrodèse lombaire antérieure consiste à bloquer le ou les niveaux douloureux, comme dans la technique précédente, mais ici le disque est remplacé par une seule grande cage, contenant de l'os ou un substitut osseux, généralement maintenue par une plaque vissée sur les vertèbres.

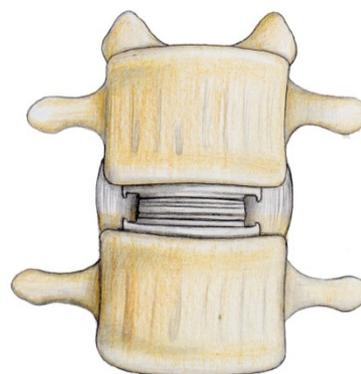
- La prothèse discale permet de remplacer également le disque mais en conservant la mobilité du niveau atteint. Elle s'adresse aux patients dont tous les autres éléments de la colonne vertébrale sont en parfait état (patients jeunes sans arthrose).



Arthrodèse postérieure



Arthrodèse antérieure



Prothèse de disque

LES EVENEMENTS QUI PEUVENT PERTURBER LE BON DEROULEMENT DE VOTRE INTERVENTION

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques éventuels avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Par ailleurs, la chirurgie a ses limites, elle ne permet jamais de refaire aucun organe, aucune articulation, à l'identique de la nature. D'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles), le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu. Un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables.

Enfin, l'anesthésie, qu'elle soit générale, péri-durale, locorégionale ou locale, comporte ses propres risques. Les médecins anesthésistes vous donneront toutes les explications nécessaires lors des consultations préopératoires.

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles. IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER.

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix. Il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé. Il est aussi important que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

Il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- en cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- de modification récente de votre traitement habituel,
- de blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- en cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

LES COMPLICATIONS PENDANT L'INTERVENTION

1°) L'erreur de niveau : on ne vous a pas opéré au bon niveau. C'est pour cela que vous devez impérativement rapporter l'ensemble de votre imagerie (radio, scanner, IRM) sans chercher à faire vous-même le tri. Dans certains cas, votre opération pourra être annulée en cas d'absence du dossier.

2°) Les risques «neurologiques ». C'est le risque de paralysie des membres inférieurs. Quelle que soit l'opération réalisée sur la colonne vertébrale même la plus habituelle, le risque de paralysie n'est pas nul. Ces complications sont rares, leur récupération est variable. Il peut s'agir d'une simple paralysie des orteils mais parfois plus embêtante, avec une atteinte au niveau du pied ou du genou. Une difficulté à uriner les premiers jours est classique et peut nécessiter un sondage. Elle régresse quasiment toujours. Très rarement (<1/1000), il peut survenir un syndrome de la queue de cheval (paralysie des sphincters, et encore plus exceptionnellement une paralysie complète des membres inférieurs (paraplégie). La cause n'est pas toujours évidente. La plus fréquente est l'hématome au niveau du site de l'opération

qui peut entraîner une compression des nerfs. Une intervention en urgence est impérative quand apparaît la paralysie.

3°) Une fuite du liquide céphalo-rachidien (c'est le liquide dans lequel baignent les nerfs à l'intérieur de la colonne) est possible surtout lors des ré opérations où tous les tissus collent entre eux. Elle est due à une déchirure parfois inévitable, de l'enveloppe qui entoure les nerfs. Le plus souvent elle est sans conséquence ou peut donner des maux de tête transitoires. Elle est plus grave si la fuite s'extériorise et que le liquide sort par la cicatrice. Un risque (très rare) de méningite est alors possible. Un retour aux urgences est indispensable, en vue d'une ré intervention. Autrement, une poche de liquide peut se former et disparaître toute seule avec le temps. Rarement, il faut l'enlever.

Des paralysies au niveau des bras peuvent survenir lors de l'installation.

4°) D'autres risques exceptionnels ont été décrits :

- Une lésion des gros vaisseaux de l'abdomen (aorte, veine cave) survenant lors de l'excision du disque, par voie antérieure ou postérieure. Elle peut entraîner une hémorragie gravissime pouvant être mortelle. Lors du même geste une plaie des viscères a été décrite.
- Une compression du globe oculaire lors de l'installation peut donner une cécité définitive.

Complications à distance de l'intervention

Il existe des risques en rapport avec votre état général, les maladies que vous avez et l'anesthésie. Ils sont donc très variables et vous seront expliqués, au cas par cas, par votre chirurgien, votre médecin anesthésiste et éventuellement le spécialiste de votre maladie. Certains antécédents (malformations, diabète, obésité, artérite, varices, alcoolisme, tabac, toxicomanies, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, particulièrement les anticoagulants ou les anti-agrégants, etc...) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications parfois graves, à l'extrême mortelles. Une transfusion sanguine et le risque de contamination (SIDA, hépatite) est très rare.

LE RISQUE INFECTIEUX

Plusieurs types d'infection sont possibles :

- superficielle, au niveau de la peau. Elle se traite avec des soins locaux.
- plus profonde, au niveau de la graisse ou des muscles. Un nettoyage local est parfois nécessaire associé à des antibiotiques. Les séquelles sont exceptionnelles.
- au niveau de l'os et du disque réalisant une spondylodiscite. Rare (2/1000) elle peut laisser des séquelles à type de lombalgie. Le traitement consiste à donner des antibiotiques pendant 6 semaines à 3 mois.
- au niveau des méninges ; très rare mais la plus grave, elle provoque une méningite.

Dans tous les cas, l'infection peut se généraliser et donner une septicémie qui peut être très grave, voire mortelle. C'est très rare chez les patients en bonne santé.

Suites habituelles et conditions de vie après la chirurgie

LES SUITES DE L'OPERATION

Elles sont habituellement simples. Elles sont variables selon la technique employée et dépendent également de l'habitude du chirurgien et de vos maladies associées.

La plupart du temps, vous serez mis debout dès le lendemain de l'intervention. Les drains (éventuels) sont retirés au bout d'1 jour ou 2. Vous pourrez quitter l'hôpital ou la clinique au bout de 5 à 6 jours. Vous serez capable de monter et descendre des escaliers à votre sortie.

Les pansements se font à domicile et une ordonnance de médicaments contre la douleur est faite. La prescription d'une ceinture est variable. La position assise est le plus souvent autorisée tout de suite. On peut conduire sa voiture au bout de 15 jours, un mois.

Globalement, le premier mois est toujours une période de convalescence, durant laquelle vos capacités seront limitées. Vous pourrez marcher et rester autonomes pour vos gestes de la vie quotidienne mais certains gestes vous seront interdits pour garantir une bonne cicatrisation.

Votre chirurgien et les rééducateurs reviendront en détail sur l'organisation de votre convalescence.

Une rééducation est souvent prescrite pour renforcer les muscles du dos. Les sports, tels la natation et le vélo sont possibles après un mois. Il faut souvent attendre 3 mois pour faire des sports plus violents ou de la compétition.

Dans le cas des arthrodèses, vous devrez peut-être porter un corset rigide sur mesure pour une durée de quelques semaines, afin de permettre une bonne consolidation de la colonne vertébrale autour du matériel et à visée antalgique.

La reprise de travail est variable selon la pénibilité, la couverture sociale, la motivation et bien sûr le résultat de l'opération. Elle se fait normalement entre 1 et 3 mois après l'opération.

Dans tous les cas, le résultat définitif de l'opération n'est obtenu qu'au terme de la rééducation qui dure plusieurs mois.

QUELS SONT LES RESULTATS ESCOMPTES ?

Le résultat sur le mal de dos est variable et dépend de nombreux facteurs, notamment de l'ancienneté de vos douleurs. En aucun cas, on ne peut donc vous assurer une guérison complète et définitive.

La persistance ou la majoration de la douleur lombaire pose toujours des problèmes difficiles à résoudre.

Votre intervention en pratique

1) Préparation à l'intervention:

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste, car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, Plavix, injections d'anticoagulants, Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.
- Les consignes préopératoires :
 - Respectez les consignes que vous a données votre anesthésiste.
 - N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies, scanner, IRM.
 - Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

2) L'hospitalisation :

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (en particulier toute infection) problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de la douleur, vous seront demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermatographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

La durée de l'hospitalisation dépend de l'intervention pratiquée, des suites opératoires, de votre état général, mais aussi des conditions de votre retour à domicile.

3) Le retour à domicile :

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé.

L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste, s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

A. cicatrice et fils : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **résorbables** : ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.
- **non résorbables** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils (habituellement à partir du dixième ou quinzième jour postopératoire).

B. Traitement médical

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques)** : habituellement l'intervention soulage la douleur sciatique. Néanmoins, la zone opératoire peut rester sensible quelque temps, ce qui est normal. Des douleurs sont assez fréquentes pendant cette période. Votre anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas (douleurs abdominales, nausées, vomissements...), parlez-en à votre médecin traitant.

4) Ce qu'il ne faut surtout pas faire durant les 6 semaines suivant votre opération :

- **Evitez de porter des charges lourdes.**
- **Evitez le sport et les efforts en général.** Menez une vie normale.

5) La rééducation :

- Les habitudes de rééducation varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès et à chaque cas.
- Quoi qu'il en soit, la reprise de la marche et de vos activités habituelles seront reprises progressivement, en fonction de vos sensations.

5) Questions souvent posées par les patients :

- **« Quelle va être la taille de ma cicatrice ? » :**

La taille de la cicatrice est fonction de la technique utilisée et des habitudes du chirurgien. Elle varie également selon le nombre d'étages vertébraux abordés.

- **« Puis-je m’asseoir après l’intervention ? » :**

L’autorisation de la position assise est variable, en fonction des habitudes du chirurgien.

- **« Puis-je voyager ? » :**

Oui mais il est prudent d’attendre la sixième semaine. Prenez l’avis de votre chirurgien. Attention aux longs voyages, ils favorisent les phlébites et peuvent nécessiter un traitement anticoagulant. N’hésitez pas à interroger votre médecin traitant.

En avion, dégourdissez-vous les jambes toutes les 2 heures et portez des bas de contention.

- **« Puis-je reprendre le sport ? A partir de quand ? » :**

D’une façon générale, une pratique sportive adaptée à votre état général n’est pas contre-indiquée mais, au contraire, vous sera bénéfique. N’hésitez pas à interroger votre chirurgien qui saura vous répondre en tenant compte de votre situation.

- **« Devant quels signes dois-je m’inquiéter ? »**

- Une température élevée
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice
- Une douleur et un gonflement du mollet
- Une oppression respiratoire
- Et d’une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l’établissement où vous avez été opéré.

Les coordonnées utiles :

Votre chirurgien : ...

Numéro d’appel d’urgence : ...

Consultation : ...

Secrétariat : ...

Prenez le temps de lire ses informations et n’hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.

Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.