

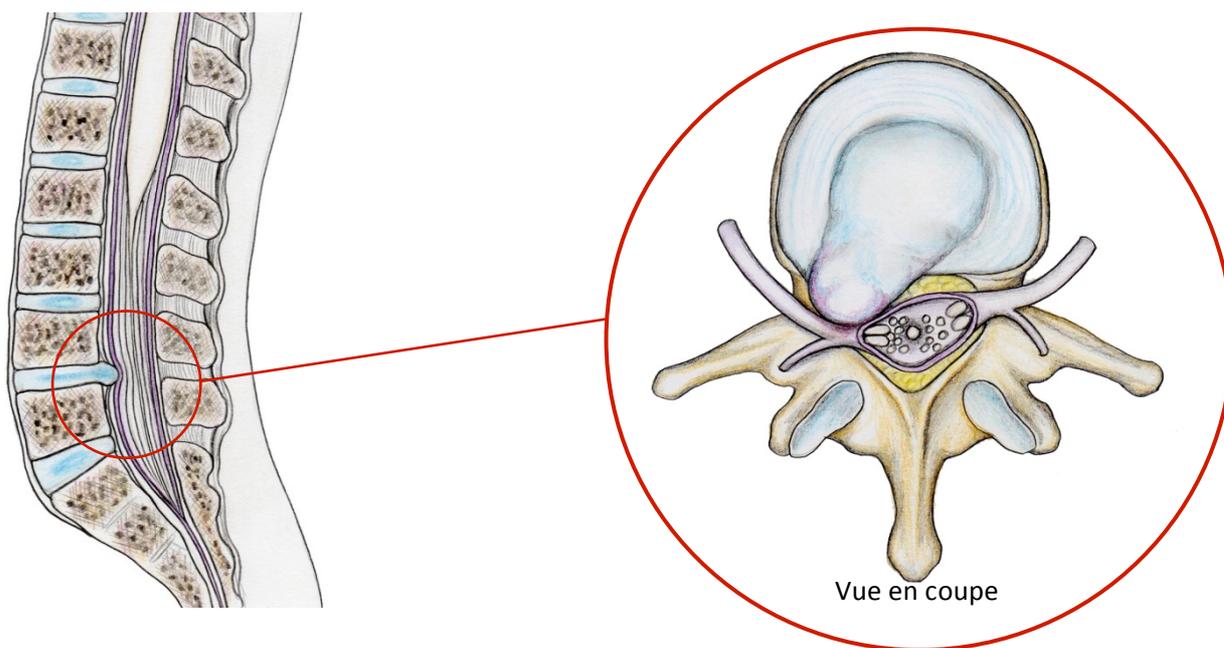
Informations concernant La hernie discale lombaire

(Prendre sa décision, guide pratique)

Vous souffrez d'une hernie discale 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 HERNIE DISCALE LOMBAIRE ?



Votre colonne vertébrale de profil : le disque malade se déchire vers l'arrière et la hernie vient comprimer un nerf

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 discale. Ces hernies surviennent souvent à l'effort, mais quelquefois sans aucune circonstance favorisante, voire en dormant.

Lorsqu'un nerf est comprimé, une douleur apparaît dans le membre inférieur du côté de la hernie. Une hernie à droite ne peut pas faire mal dans la jambe gauche et inversement. Selon le niveau du disque atteint, un nerf différent est comprimé. Le nerf sciatique donne une douleur (une sciatique ou sciatalgie) en arrière ou sur le côté de la jambe ou de la cuisse tandis que le nerf crural provoque une douleur (une cruralgie) sur le devant de la cuisse et du tibia. L'intensité de la douleur est variable ainsi que la durée. A de rares exceptions près, une hernie discale ne fait pas mal dans le bas du dos (une lombalgie) de façon isolée mais fait surtout mal dans la jambe. C'est l'usure du disque qui peut faire mal au dos. De façon paradoxale, une hernie ne fait pas systématiquement mal. Des études avec des IRM faites chez des personnes sans aucune douleur ont montré des hernies discales et des disques usés.

A côté de la douleur, des troubles de la sensibilité (quand on touche, on ne sent pas normalement comme l'autre côté) peuvent survenir. Il s'agit de fourmillements ou d'engourdissements. Ils ne sont généralement pas graves, sauf s'ils surviennent sur les organes sexuels.

Dans les cas les plus graves, une paralysie (on ne peut pas faire un mouvement souhaité, même si cela fait mal) peut apparaître au niveau du pied (pied qui tombe ou que l'on ne peut relever), du genou (genou qui lâche) ou au niveau des organes sexuels (incontinence urinaire, anale, impuissance). C'est l'importance de la paralysie (partielle ou totale) qui fait la gravité de la hernie.

Le diagnostic de la hernie discale est fait grâce au scanner ou à l'IRM. En dehors des cas avec une paralysie, il n'y a pas d'urgence à demander ces examens. Une fois faits, ils permettent de visualiser la hernie et d'expliquer votre douleur.

Pourquoi une prise en charge chirurgicale est-elle nécessaire ?

L'objectif de la chirurgie est de supprimer ou d'atténuer largement la douleur sciatique ou crurale qui descend dans votre jambe. Elle a habituellement un effet beaucoup moins net sur le mal de dos, surtout si celui-ci était déjà présent auparavant. Elle est également la méthode la plus efficace pour espérer récupérer d'une paralysie sévère.

L'indication chirurgicale repose avant tout sur la parfaite compréhension de la cause de votre douleur par le scanner et/ou l'IRM. La chirurgie n'est pas toujours nécessaire. Les cas où il est habituel de proposer la chirurgie sont :

En urgence :

- La paralysie des muscles contrôlant la continence urinaire et anale. Elle constitue le syndrome de la queue de cheval (les nerfs, à l'intérieur de la colonne, partant de la moelle épinière ressemblent à une queue de cheval). Il y a, associés aux paralysies, des troubles de la sensibilité au niveau du vagin ou des testicules et de l'anus. Si ces signes surviennent, une consultation le jour même est impérative. C'est une urgence absolue qui doit être opérée le plus rapidement possible.
- Les sciatiques paralysantes sévères touchant les muscles importants du pied, du genou ou de la hanche. Une paralysie des orteils isolée n'est pas une urgence chirurgicale.
- La sciatique hyperalgique : C'est une douleur insupportable résistante à tous les médicaments y compris à la morphine. C'est l'impossibilité de supporter la douleur plus longtemps qui conduit à la chirurgie.

Au-delà de 6 à 8 semaines :

Après échec du traitement médical, une intervention chirurgicale peut être proposée. Elle n'est jamais obligatoire. C'est l'importance de votre douleur et la discussion avec votre chirurgien du rapport bénéfice/risque (qu'est-ce que je gagne à me faire opérer par rapport aux risques que je prends) qui vous feront prendre votre décision.

L'indication chirurgicale peut être discutée selon d'autres critères plus personnels, socio-professionnels, familiaux, sportifs... qui peuvent parfois modifier la seule raison médicale.

Les autres alternatives et l'évolution sans traitement

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN DEHORS DE LA CHIRURGIE

Plus de 80% des hernies discales guérissent en moins de deux mois avec le traitement médical. Celui-ci comprend des médicaments contre la douleur, parfois de la morphine. On y associe des anti-inflammatoires et des myorelaxants. L'association de ces trois médicaments est la base du traitement et est le seul qui a fait la preuve formelle de son efficacité. En dehors des cas où il y a une paralysie on commence toujours par le traitement médical.

D'autres traitements sont souvent associés :

- Le repos est conseillé, sans pour autant rester couché systématiquement
- Une ceinture lombaire, voire un corset peut être utile
- La kinésithérapie lorsque la phase très douloureuse est finie
- Les infiltrations. Pratiquées le plus souvent par les rhumatologues ou les radiologues, elles sont faites le plus fréquemment lors des deux, trois premiers mois. Leur efficacité reste toujours discutée. Même si elles sont classiquement proposées, on peut réaliser une intervention sans avoir fait auparavant des infiltrations. Elles consistent à injecter des corticoïdes à l'intérieur de la colonne. Les complications sont très rares mais des maux de tête et des vomissements peuvent survenir. Une méningite ou des paralysies graves (paraplégie) ont été exceptionnellement décrites après ce geste.
- D'autres traitements tels l'acupuncture, la mésothérapie... n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

C'est lorsque le traitement médical a échoué qu'une intervention peut se discuter (en dehors des paralysies).

L'HISTOIRE NATURELLE DES HERNIES DISCALES LOMBAIRES

Les hernies discales lombaires guérissent en 6 à 8 semaines dans plus de 80% des cas avec le traitement médical. Elles se résorbent et disparaissent grâce à des enzymes qui la « mangent ». La taille de la hernie n'influe pas sur sa disparition. Elles peuvent aussi persister mais ne plus être douloureuses. La récurrence est possible à n'importe quelle occasion. C'est au-delà de ce délai de 6 à 8 semaines (sauf cas d'urgence) pour les hernies qui font toujours mal et qui ne se sont pas résorbées que se pose la question d'une opération.

Certaines d'entre elles sont toujours douloureuses après plusieurs mois d'évolution et peuvent abîmer le nerf à force de le comprimer, entraînant des lésions définitives difficiles à traiter. D'attendre trop avant de discuter d'une intervention n'est pas toujours une bonne solution.

Le déroulement de l'opération

L'ANESTHESIE ET LES GESTES TECHNIQUES

Le but de l'opération est de décoincer le nerf à l'intérieur de la colonne, en retirant la hernie discale. L'opération est appelée discectomie lombaire ou ablation de hernie discale lombaire.

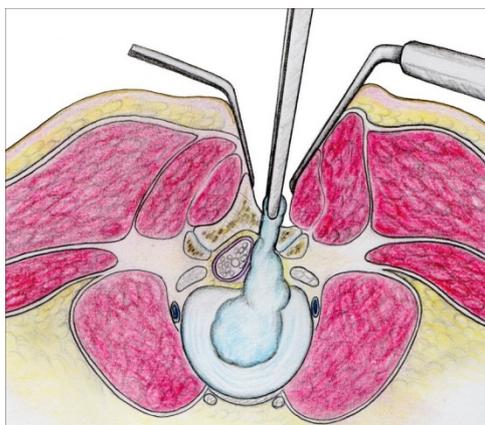
Plusieurs méthodes peuvent être proposées par votre chirurgien, selon les caractéristiques de votre hernie. Elles sont réalisées pour la plupart sous anesthésie générale.

La plus classique consiste, dans les cas simples, à faire une cicatrice d'environ 5 cm, de décoller le muscle de la vertèbre, de retirer la hernie et parfois un petit bout de disque. En aucun cas, on ne peut ni ne doit retirer tout le disque. Un drain est parfois posé. L'hospitalisation dure de 2 à quelques jours selon les cas.

Par des incisions plus petites (1 à 3 cm), en utilisant un microscope, des loupes ou un endoscope, on peut aussi réaliser cette opération en faisant les mêmes gestes. Ce sont les méthodes mini invasives ou de micro discectomie. La plupart existe depuis des décennies.

Aucune de ces méthodes, selon les données scientifiques disponibles, n'est supérieure à une autre pour la disparition de la douleur dans la cuisse ou la jambe à un mois après l'opération. Par contre, les techniques mini invasives (ou équivalentes) diminuent le plus souvent la durée d'hospitalisation (1 ou 2 jours).

Dans des cas bien particuliers votre chirurgien vous expliquera que l'on peut être amené à poser des vis et faire une greffe osseuse associée, et réaliser ainsi une arthrodèse.



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).

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, (ce qui est souvent le cas pour une hernie discale) 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 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. 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 dépendent surtout de l'habitude du chirurgien et de vos maladies associées. Le plus souvent :

Le premier lever peut se faire le jour même de l'opération. L'hospitalisation est d'environ 2 à 4 jours parfois plus. Le drain (éventuel) est retiré au bout d'1 jour ou 2. Vous êtes capable de monter et descendre des escaliers à la 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. 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.

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.

QUELS SONT LES RESULTATS ESCOMPTES ?

Dans 80 à 90% des cas la douleur sciatique ou crurale va disparaître ou diminuer dès le réveil. Le résultat sur le mal de dos est beaucoup moins bon, surtout si vous aviez des douleurs lombaires anciennes. En aucun cas, on ne peut donc vous assurer une guérison définitive.

Les paralysies peuvent mettre un an avant de récupérer, de même que les troubles sensitifs, et parfois ne récupèrent jamais.

La récurrence de la douleur sciatique est possible. Une IRM avec injection permet le plus souvent de comprendre la cause. Elle peut être due à une récurrence de la hernie. Elle survient dans 5 à

10% des cas et peut parfois être très précoce (quelques jours). La récurrence n'implique pas forcément une nouvelle opération. Elle est due au fait qu'il est impossible de retirer l'ensemble du disque durant l'opération et que de ce fait, un nouveau fragment peut toujours ressortir et faire une nouvelle hernie.

S'il n'y a pas de récurrence de hernie, la douleur peut être due à un problème de fonctionnement du nerf. Celui-ci peut avoir été abîmé par la compression parfois trop prolongée ou par la cicatrisation qui se fait après l'opération. Le traitement est médical et se fait souvent avec l'aide des centres anti douleurs.

La persistance ou la majoration de la douleur lombaire pose toujours des problèmes difficiles à résoudre. Après un traitement médical complet, et dans quelques cas bien particuliers, une opération d'arthrodèse (blocage de deux vertèbres) ou de mise en place d'une prothèse discale peut vous être proposée.

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, Prévican, 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.

6) 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 de 4 à 8 centimètres mais peut être étendue dans les cas difficiles.

- **« 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.