

INFORMATION DES PATIENTS CONCERNANT LA REALISATION D'UNE LIBERATION POSTERIEURE POUR STENOSE LOMBAIRE

(encore appelée canal lombaire étroit)

associée éventuellement à une arthrodeèse (fusion de 2 ou plusieurs niveaux vertébraux par une greffe et du matériel d'ostéosynthèse)

LA PATHOLOGIE

Vous souffrez d'une sténose du canal lombaire, appelé aussi canal lombaire étroit. Il s'agit du rétrécissement du canal central de la colonne vertébrale dans sa partie basse, qui est responsable d'une compression des racines nerveuses qui y cheminent et du sac qui les contient.

Ce rétrécissement est le plus souvent dû à l'arthrose des articulations intervertébrales associée à l'hypertrophie des ligaments jaunes en arrière et au tassement des disques en avant avec protrusion de ceux-ci vers le canal central de la colonne vertébrale. Il peut parfois exister une hernie discale surajoutée ou un kyste issu de l'articulation vertébrale qui contribuent également au rétrécissement du canal rachidien.

Cette compression chronique est responsable de lombalgies, de douleurs dans les membres inférieurs (comme des sciaticques ou des cruralgies), de troubles sphinctériens voire d'incontinence, d'une faiblesse à la marche et d'une diminution de votre périmètre de marche qui s'aggrave au fil du temps.

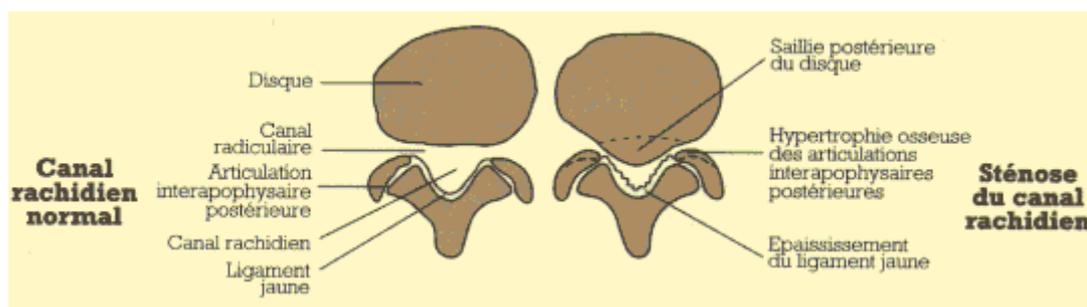


Schéma : coupe horizontale d'une vertèbre lombaire normale et d'une vertèbre dans un canal lombaire étroit.

PRINCIPES DU TRAITEMENT

L'intervention chirurgicale dont vous allez bénéficier consiste à redonner au canal lombaire un calibre suffisant, et à supprimer toute compression au niveau des racines nerveuses ; on appelle cela la libération ou la décompression. Cette

opération (recalibrage uni ou bilatéral gauche et droit ou laminectomie complète selon les cas) est réalisée par l'arrière et avec l'aide du microscope. Le chirurgien enlèvera les sources de compression du sac et des racines. Il s'agit d'une opération bien codifiée, classique et réalisée fréquemment.

Quand l'arthrose (pincement du disque et/ou des articulations intervertébrale est trop importante, il est parfois nécessaire d'y ajouter une arthrodèse, qui est la fusion de deux ou plusieurs vertèbres entre elles, pour éviter que leurs mouvements exagérés soient aussi un facteur de compression neurologique et de douleur liée à l'arthrose.

Pour réaliser la fusion, on utilise une greffe osseuse placée entre les vertèbres en cause, qui va, comme pour la consolidation d'une fracture, former un pont osseux entre ces vertèbres. L'os utilisé pour la greffe sera prélevé localement sur la partie postérieure du bassin ou avec de l'os de banque ou avec des substituts osseux. Pour immobiliser les segments vertébraux et en attendant la consolidation osseuse, il peut être nécessaire de mettre en place du matériel métallique vissé dans les vertèbres, appelé matériel d'ostéosynthèse ou instrumentation d'arthrodèse que le chirurgien vous montrera en consultation.

AVANT L'INTERVENTION

Avant de proposer une opération chirurgicale, le chirurgien aura essayé les autres traitements non chirurgicaux : kinésithérapie, injections de cortisone dans la colonne (péridurales et / ou infiltrations des articulations interapophysaires postérieures), lombostat ou corset, anti-inflammatoires....

La planification de cette intervention et le choix des différents temps opératoires (réalisation ou non d'une greffe, présence ou non de matériel métallique pour réaliser une arthrodèse) est décidée après l'examen clinique que vous avez eu en consultation, par votre chirurgien, et au vu des examens complémentaires qui ont été ou seront réalisés.

Le plus souvent, en plus des radiographies standard et des radiographies dynamiques (en flexion, inclinaison du tronc), un scanner (ou tomодensitométrie), et éventuellement une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) seront nécessaires.

Une consultation chez un neurologue sera souvent réalisée ainsi qu'une électromyographie (EMG) qui étudie la vitesse de conduction de l'influx nerveux au niveau des muscles des membres inférieurs surtout dans le cadre d'un diabète, d'une consommation d'alcool ou dans le cas de prise de certains médicaments qui peuvent également abîmer les nerfs périphériques.

Il sera procédé de plus à un bilan préopératoire habituel comme lors de toute intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie générale.

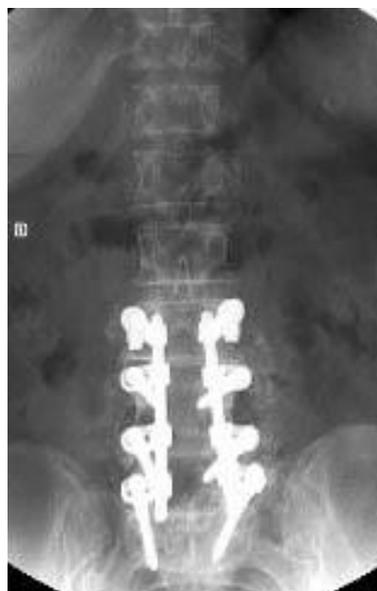
COMMENT SE DÉROULE CETTE INTERVENTION ?

Après la réalisation de l'anesthésie générale, vous serez installé sur une table spéciale, à plat ventre, de manière à permettre l'abord de la colonne lombaire par l'arrière.

Le niveau à opérer est repéré radiologiquement. On incise alors longitudinalement, les muscles sont écartés et la libération du canal étroit peut être réalisée. Différentes techniques existent et seront détaillées par votre chirurgien lors des consultations.

S'il est nécessaire de réaliser en même temps une arthrodèse (geste plus lourd chirurgicalement), greffe et ostéosynthèse sont mis en place et la plaie opératoire est refermée en laissant en place un ou deux drains (drainage par un tuyau en plastique relié à une bouteille aspirant le sang).

Si on place du matériel, il s'agit le plus souvent de vis + des barres métalliques en titane et éventuellement des cages intersomatiques (cales entre les corps vertébraux) remplies d'os. La durée de l'opération, la longueur de la cicatrice seront variables en fonction de multiples facteurs (nombre de niveaux à opérer, votre gabarit, cicatrice d'opération antérieure, nécessité d'arthrodèse associée...).



APRES L'INTERVENTION

Vous serez couché sur le dos pendant 24 heures, mais rapidement vous serez autorisé à vous remettre debout et à marcher. Les kinésithérapeutes vous aideront à faire travailler les principaux muscles de vos membres inférieurs dès le jour opératoire et vous apprendront les manœuvres utiles pour vous lever après l'ablation des drains, vous coucher, vous asseoir, vous baisser sans risque pour votre dos.

Il pourra parfois être indiqué que vous portiez un corset de maintien qui sera réalisé sur mesure dans les jours qui suivent l'opération.

Dans le cas d'une recalibrage simple ou d'une laminectomie, il n'y aura pas de traitement anticoagulant (sauf indication spécifique du cardiologue) car vous serez levé dès le lendemain mais vous devrez porter des bas de contention. S'il n'y a pas de risque particulier de saignement mais qu'un alitement plus prolongé est nécessaire, un traitement anti-coagulant vous sera administré, sous la forme

d'une injection quotidienne. Le but du lever précoce, des bas et du traitement anticoagulant éventuel sera de prévenir l'apparition d'une phlébite des jambes (veine bouchée par un caillot de sang) qui peut avoir des conséquences graves (envoi d'un caillot de sang dans les poumons appelé embolie pulmonaire). Une surveillance du traitement par prise de sang régulière est nécessaire. La sortie de l'hôpital sera envisagée après l'ablation du drainage, dès que les douleurs seront gérables par des médicaments pris par la bouche et dès que vous aurez retrouvé une certaine autonomie grâce à la rééducation (en général le 3^{ème} jour post opératoire en cas de décompression « simple » et vers le 5^{ème} jour si une arthrodèse instrumentée a été associée au geste de décompression). Bien entendu, la sortie de l'hôpital ne pourra être envisagée qu'en l'absence d'éventuelles complications.

LES RESULTATS DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention est de supprimer ou diminuer grandement les douleurs dans les membres inférieurs et éventuellement les déficits neurologiques qui les accompagnent ainsi que l'amélioration progressive du périmètre de marche.

Les résultats sont régulièrement bons à court et à long terme. En cas de décompression « simple », l'amélioration sur la douleur est rapide mais l'amélioration notable de la marche prendra plus de temps car il est nécessaire que les muscles récupèrent un bon tonus. Cette durée est aussi fonction de la durée de vos symptômes avant l'opération, votre âge, vos pathologies associées...

Les résultats définitifs sont établis habituellement aux alentours du 3^{ème} mois en cas de chirurgie décompressive simple et au 12^{ème} mois en cas d'arthrodèse associée. Pour ce qui est des douleurs lombaires en cas de décompression « simple », peu d'amélioration sera à attendre, car l'arthrose lombaire persiste. Si on y associe une arthrodèse pour l'arthrose que vous présentez on peut espérer une amélioration également des douleurs lombaires mais l'opération est nettement plus lourde et il faudra plus de temps pour s'en remettre. Même avec une arthrodèse associée on ne pourra pas promettre au patient qu'il n'aura plus mal au dos.

Quand une greffe a été faite, elle est "prise" aux alentours du sixième mois.

LES COMPLICATIONS

Mis à part les complications propres à l'anesthésie (qui vous seront expliquées par l'anesthésiste), des complications peuvent être rencontrées et d'autant plus fréquemment que vous pouvez avoir d'autres problèmes de santé associés (cœur, rein, poumons, diabète, maladie chronique, tabagisme, certains médicaments que vous prenez comme les anticoagulants.....etc).

Le taux de complications augmente également proportionnellement en fonction de votre poids (voir le BMI ou Body Mass Index), de vos autres pathologies médicales et en fonction des opérations que vous aurez peut-être déjà eu localement auparavant :

- Constipation post-opératoire durant 5 à 6 jours, pour laquelle un traitement spécifique vous sera prescrit.
- Retenue des urines nécessitant la pose d'une sonde urinaire.
- Hématome superficiel, pouvant nécessiter une évacuation chirurgicale
- Infection locale, traitée médicalement ou chirurgicalement.
- Une brèche, ou blessure du sac dural contenant les racines nerveuses. Cela provoque une fuite de liquide entraînant des maux de tête, parfois une fuite de liquide par la plaie..... généralement cela imposera de rester couché pendant 2 ou 3 jours. Parfois une ré opération sera nécessaire.
- Thrombose veineuse profonde : c'est la raison pour laquelle vous aurez des bas de contention pendant une dizaine de jours et parfois des injections quotidiennes d'anticoagulants
- Le tabagisme actif peut nuire à la prise de greffes osseuses dans 30% des cas et empêcher une bonne consolidation en cas d'arthrodèse associée
- Des douleurs neuropathiques peuvent survenir (sensation de brûlure, picotements, jambes prises dans un étau...) car le corps a une mémoire de la douleur. Vous aviez peut-être ces douleurs déjà avant l'opération surtout si vous souffrez depuis longtemps, si vous avez un diabète ou une consommation d'alcool excessive. Ces douleurs peuvent aussi avoir comme origine une fibrose qui entoure les racine (genre de cicatrice hypertrophique) et nécessiteront parfois la prise de médicaments particuliers assez efficaces dans ce type de traitement.
- Une arthrodèse va aussi souvent favoriser à plus long terme l'usure plus rapide des niveaux non opérés au-dessus et en dessous des niveaux opérés.

Plus graves, certaines complications sont exceptionnelles :

- Hématome profond pouvant comprimer de manière rapide et importante les nerfs et nécessitant une ré-intervention en urgence.
- méningocèle : formation d'une poche de LCR liée à une brèche du sac dural non vue ou non colmatée, engendrant des douleurs, un éventuel écoulement par la plaie, des vertiges, une surinfection.... pouvant nécessiter une ré opération

- Infection profonde, du sac (méningite), d'un corps vertébral ou d'un disque inter-vertébral (spondylodiscite) ou du matériel nécessitant une opération de nettoyage.
- Lésion neurologique chirurgicale pouvant laisser des séquelles irréversibles.
- Non prise de greffe en cas d'arthrodèse ou bris d'une vis ou d'une barre métallique (risque plus important chez les fumeurs)
- Lésion des gros vaisseaux sanguins passant en avant de la colonne et provoquant une hémorragie importante. Complication exceptionnelle (0,05%) mais très grave pouvant même aller jusqu'au décès

CONCLUSION

Cette intervention, dans un centre spécialisé, est devenue courante ; elle assure de bons résultats de manière régulière sur les douleurs par compression neurologique.

Toutefois les douleurs lombaires seront peu modifiées, la colonne vertébrale restant arthrosique.

Les complications sont exceptionnelles mais peuvent être graves et laisser des séquelles neurologiques irréversibles et parfois même mettre en jeu la vie du patient. Des informations seront bien sûr données au patient par votre chirurgien lors des consultations avant l'opération. Avec votre accord, des courriers seront adressés à votre médecin traitant avec qui vous aurez tout le loisir d'en discuter. Un délai de réflexion suffisant vous sera toujours laissé par votre chirurgien pour réfléchir à cette proposition d'opération et vous pouvez bien entendu le revoir en consultation avant cette opération pour lui poser toutes les questions que vous souhaitez.