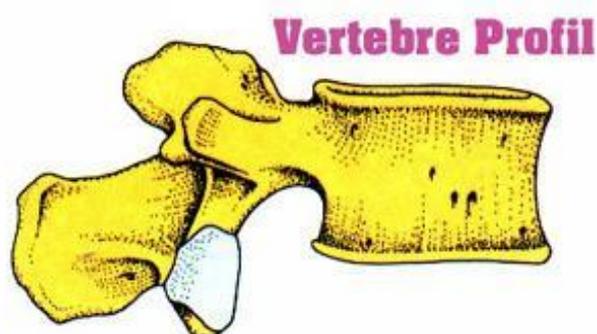
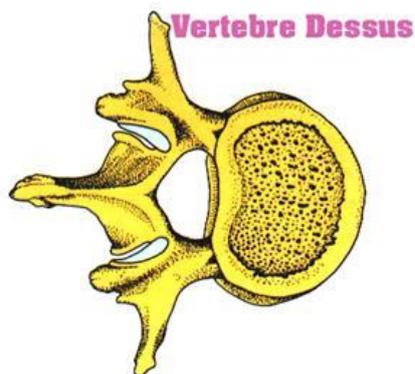


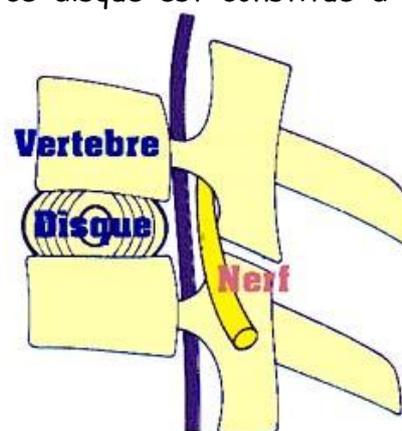
Centre Hospitalier EPICURA.  
DOCUMENT D'INFORMATION SUR LA HERNIE DISCALE

## La hernie discale

Un peu d'anatomie pour comprendre.



Entre chacune des vertèbres se trouve un disque ; ce disque est constitué d'un



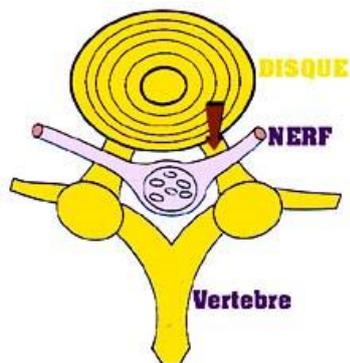
anneau fibreux, contenant un gel : le Nucléus Pulposus.

L'ensemble sert d'amortisseur.

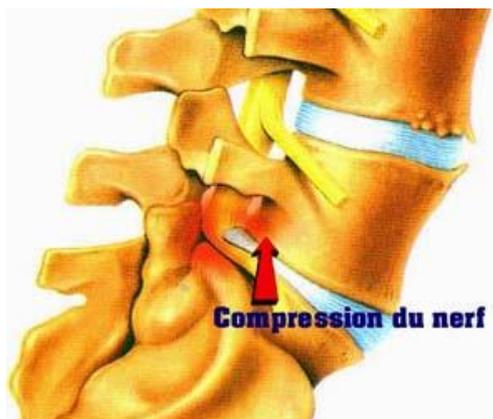
En effet, les liquides ou les gels comprimés ont la propriété de répartir dans toutes les directions les forces qui s'exercent sur eux, de ce fait, les pressions répercutées sur l'étage inférieur sont moindres.

L'anneau fibreux subit donc des contraintes exercées par le Nucléus Pulposus ; contraintes résultant des forces transmises par l'étage supérieur.  
 Lors d'un traumatisme aigu, ou des traumatismes de faible importance mais répétés ou a cause d'un tissu conjonctif de mauvaise qualité, l'anneau fibreux peut se fissurer et créer une lésion du disque en général aiguë et très douloureuse.  
 Dès que les pressions sont suffisantes, le gel constituant le Nucléus peut sortir du disque par cette fissure : c'est ce qu'on appelle la **Hernie Discale**.

Cette Hernie Discale peut se produire dans n'importe quelle partie du disque.



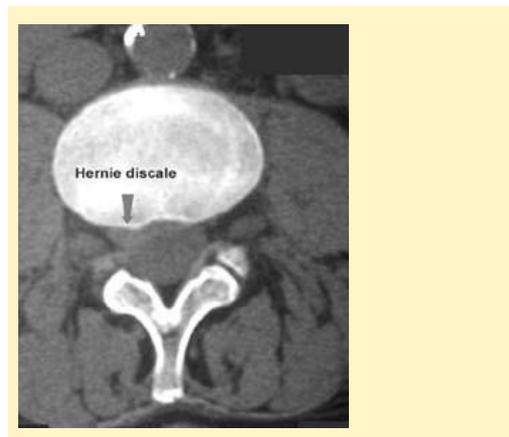
Elle n'a toutefois de conséquences cliniques que si elle se produit vers l'arrière ou le côté en direction soit des racines nerveuses, soit de la moelle épinière.  
 En général, la fissuration du disque se traduit par lumbago anormalement douloureux et traînant.  
 La Hernie Discale se traduit par des signes de compression sur les structures nerveuses voisines (sciatique, cruralgie, syndrome de la queue de cheval, névralgie cervico-brachiale).



Quelques définitions

**La hernie discale**, première cause de lombosciatique, est la conséquence d'un processus long et silencieux de **dégénérescence discale**, qui va se décompenser plus ou moins brutalement à l'occasion d'un effort, parfois minime.

**La lombosciatique** n'est pratiquement jamais un "accident" survenant sur une colonne vertébrale parfaitement saine.



## Glossaire :

**Lombalgie** : douleur lombaire. Elle peut être aiguë ou chronique.

**Lumbago** : douleur lombaire aiguë

**Sciatique (sciatalgie)** : douleur empruntant le trajet du grand nerf sciatique, de la fesse jusqu'au pied.

Elle est le plus souvent due à l'irritation d'une des racines de ce nerf à son émergence de la colonne vertébrale (L5 ou S1).

**Cruralgie** : douleur empruntant le trajet du nerf crural, à la face antérieure de la cuisse.

Les racines du nerf crural (L3, L4) sortent plus haut que celles du nerf sciatique (L5, S1).

**Radiculalgies** : douleurs neurologiques parfois intenses sur le trajet d'un nerf avec des sensations de brûlures, d'hyposensibilité, d'anesthésie, d'engourdissement...dans le territoire anatomique innervé par cette racine. Parfois il y a des troubles moteurs (paralysie d'une cuisse, d'un pied, de la main.....).

**Les méninges et notamment la dure-mère** : la dure mère est la membrane qui enveloppe les racines nerveuses et le sac dural contient les racines. Cette membrane est très mince et peut être en plus fragilisée par la hernie ou un canal lombaire étroit. Une déchirure peut se produire lors de l'opération (et ce d'autant plus fréquemment que le patient a un canal lombaire étroit ou a déjà été opéré avant).

## La hernie discale, qu'est-ce que c'est ?

Entre deux vertèbres il existe une structure souple appelée disque inter vertébral qui sert de moyen d'union et joue le rôle d'amortisseur. Ce disque peut se déchirer et un fragment de celui-ci peut être expulsé et venir comprimer les nerfs passant à proximité. Le disque est alors définitivement non fonctionnel.

**La compression du nerf par la hernie est généralement responsable de la douleur au niveau du dos et surtout du membre inférieur.**

## Pourquoi et quand opérer ?

- Habituellement le traitement de la hernie discale est d'abord médical (repos, anti-inflammatoires, parfois cortisone, infiltrations péridurales ou péri-radicales) et il n'y a pas besoin d'opérer.
- On opère seulement s'il y a des irradiations douloureuses intenses dans les nerfs des membres inférieurs ou une paralysie. La lombalgie pure (mal de dos) n'est pas une véritable indication chirurgicale de cure d'hernie discale.
- Cependant, **dans un faible nombre de cas (10 à 20%) une intervention doit être proposée car la douleur persiste** malgré le traitement.
- Cette intervention est nécessaire **en urgence lorsqu'il existe une paralysie majeure** du membre inférieur ou des sphincters.
- **L'importance de la douleur peut aussi nécessiter une intervention rapide.** Le but de l'intervention est d'aller retirer les fragments de disque qui appuient sur le nerf et d'obtenir la disparition de la douleur dans le membre inférieur et la récupération d'une éventuelle paralysie.



Hernie discale typique visible de profil et en coupe horizontale à l'IRM

## Quelle anesthésie ?

L'intervention est réalisée **sous anesthésie générale**. L'anesthésiste vous expliquera les principes et les risques de l'anesthésie.

## Quelle intervention ?

Après repérage du niveau avec une scopie, l'intervention consiste après avoir fait une incision dans le dos de 2 ou 3 cm, à aller décoller le muscle et à accéder au niveau de la vertèbre. On utilise le plus souvent un microscope opératoire qui permet une excellente visibilité et des gestes précis. On voit alors le nerf et la hernie. **La hernie et une partie du disque sont retirées. Le disque ne peut pas être réparé ni retiré totalement.** Un drain est souvent posé. Le lever s'effectue généralement le lendemain avec le kinésithérapeute. Un traitement contre la douleur et l'inflammation est systématique. En dehors de toute complication, vous pourrez sortir de l'hôpital le surlendemain de l'opération ou au 3eme jour.

Des antalgiques, des anti-inflammatoires, des décontractants musculaires et des soins de plaie vous seront prescrits à la sortie de l'hôpital. Exceptionnellement, un traitement anti-coagulant est donné.

**La hernie discale peut parfois récidiver** au même endroit et nécessiter une nouvelle intervention (~ 5% en L4L5 et 1 % en L5S1). En effet, lors de l'intervention, l'ablation de l'ensemble du disque n'est pas possible et un nouveau fragment peut se détacher et de nouveau comprimer le nerf. Cette récurrence peut même être précoce, c'est la raison pour laquelle une période de repos de 6 semaines est impérative en post-opératoire pour permettre une cicatrisation naturelle du disque et de son anneau fibreux (éviter tout effort, ne pas porter de charges, éviter longs trajets en voiture, apprendre à bien plier les jambes pour s'abaisser...). Des conseils de prévention vous seront donnés.

## Qu'attendre de l'intervention ?

**Environ 85 % des patients sont satisfaits du résultat** et peuvent reprendre une vie normale.

La douleur dans la jambe est pratiquement toujours absente au réveil. Elle peut parfois se réveiller les premiers jours mais moins intensément.

Par contre la paralysie et/ou les troubles de la sensibilité, s'ils existaient auparavant, persistent souvent et mettent souvent plusieurs mois avant de récupérer.

Parfois ils ne récupèrent pas totalement. Ça dépend de l'âge, des maladies associées, de la longueur d'évolution et de l'intensité des symptômes avant l'opération.

### **Les causes de la persistance de la douleur sciatique sont parfois difficiles à**

**trouver.** Fréquemment une IRM est demandée. Réalisée précocement après l'opération (avant le 3<sup>ième</sup> mois) elle est d'interprétation difficile. Au-delà elle peut montrer l'absence de compression du nerf alors que la douleur persiste. Un problème de fonctionnement du nerf ou de cicatrisation autour de celui-ci (fibrose) sont alors évoqués et les traitements en sont parfois difficiles.

Le risque de douleurs séquellaires ou des sciatiques persistantes sont souvent la conséquence d'une compression intense de la racine qui par sa durée et par son intensité a entraîné une lésion irréversible du tissu nerveux lui-même, de sorte que le nerf garde la mémoire de cette douleur et que l'on peut conserver des douleurs chroniques surtout après les sciatiques hyperalgiques, paralysantes ou des traitements qui auront été poursuivis au delà du raisonnable, 6 mois parfois plus. Certains cas peuvent relever d'une clinique de la douleur qui peut proposer des traitements parfois efficaces.

**La persistance du mal de dos est plus fréquente** et est habituellement due au

dysfonctionnement du disque et/ou la discopathie (maladie du disque). La meilleure prévention est la reprise progressive d'une activité physique aidée ou non par la kinésithérapie.

L'école du dos a ici aussi toute son utilité.

La réalisation d'une intervention chirurgicale **quelle qu'elle soit** peut entraîner la survenue de complications. Elles sont **rarees voire exceptionnelles** dans ce type d'intervention qui est une intervention couramment pratiquée. Il est difficile de citer toutes les complications d'autant que certaines sont inconnues à ce jour.

**Le décès** par problème d'anesthésie ou de saignement très important dû par exemple à une plaie des gros vaisseaux situés en avant de la colonne est très exceptionnelle. Cette très grave complication peut survenir dans 5 cas pour 10.000 cures d'hernie discale (0,05%) par perforation du ligament vertébral antérieur souvent fragilisé.

**La paralysie** complète (exceptionnelle) ou partielle (très rare) des membres inférieurs, de la vessie ou du rectum généralement due à un hématome extra-dural: elle impose une nouvelle intervention en urgence. La récupération est fréquente mais pas automatique et pas toujours complète.

A ce point de vue, un patient chez qui il est question d'intervention lombaire entend souvent dire par des bonnes âmes de son voisinage qu'il a une chance sur deux d'être paralysé s'il se fait opérer.... Cela est totalement faux, en effet, la moëlle épinière s'arrête généralement au niveau de la première vertèbre lombaire (L1) et se trouve à 10 à 20 cm au-dessus de la zone abordée et si cet élément neurologique est

d'une particulière fragilité il ne saurait être exposé à l'occasion de cette opération lombaire.

Quant à la racine comprimée sa robustesse est bien plus grande et le risque de lésion est très faible : 0.3% surtout lorsqu'il existe des adhérences liées à opérations antérieures,

En tout état de cause cela ne concerne qu'une racine.

**Une brèche dans l'enveloppe qui entoure les nerfs** (méninges) est possible et peut provoquer une fuite du liquide contenu dans les méninges. Des **maux de tête** passagers sont fréquents. Parfois une poche peut se former sous la peau et une intervention pour l'enlever peut être réalisée. Une fuite de ce liquide vers l'extérieur est exceptionnelle mais très grave avec un risque d'infection des méninges. Le risque de survenue d'une brèche est plus important en cas de ré intervention. Elle oblige souvent après l'opération à rester allongé en permanence quelques jours. Parfois il est nécessaire de réopérer pour colmater la brèche

### **L'infection :**

- Il s'agit le plus souvent de **l'infection du site de l'opération**. Elle nécessite une nouvelle intervention et la prise d'antibiotiques pour nettoyer la plaie. Elle est rarement grave.
- **L'infection au niveau des méninges** est très grave mais très rare.
- **Au niveau du disque** (0.5%) elle est aussi très rare, douloureuse, et laisse souvent des séquelles à type de lombalgies persistantes. Des antibiotiques sont à prendre pendant plusieurs mois.
- **Une infection urinaire** (après mise en place d'une sonde urinaire), pulmonaire ou dans le sang (septicémie) peuvent arriver après l'opération.

Les précautions d'asepsie et les antibiotiques ont permis de fortement diminuer le taux de survenue de ces complications.

### **La récurrence d'hernie discale :**

Quand on enlève une hernie discale lombaire, il y a un « trou » dans le disque et dans son anneau fibreux. On ne peut pas suturer ou boucler ce trou. C'est votre corps qui cicatrise ce trou et ça prend environ 6 semaines. C'est la raison pour laquelle une incapacité de travail de minimum 6 semaines sera prescrite. Durant cette période de cicatrisation, même si vous n'avez plus aucune douleur, il vous faudra prendre des précautions pour ne pas risquer de re-expulser un fragment de disque. Le taux de récurrence d'hernie discale peut varier de 1 à 5% des cas selon les niveaux opérés.

**Des difficultés pour uriner ou avoir des gaz** sont assez fréquentes les premiers jours et disparaissent le plus souvent spontanément. Parfois un sondage de la vessie

est nécessaire quelques heures après l'opération. Un laxatif doux sera souvent prescrit en post opératoire pour éviter tout effort.

**En cas de transfusion** (exceptionnelle) le risque de transmission d'une infection virale ou bactérienne est toujours possible.

**Suite à la position sur la table d'opération, une compression** d'un nerf au niveau des membres (coude) ou au niveau des yeux (risque de cécité) peut survenir mais sont exceptionnelles.

**La survenue d'une phlébite compliquée d'une embolie pulmonaire** est possible. En cas de terrain favorisant un traitement anti coagulant est donné.

**En fonction de votre état général**, certaines maladies (cœur, poumons, diabète, etc.) peuvent s'aggraver et obliger à modifier les traitements que vous preniez habituellement.

## La convalescence

**Après l'opération, le retour à domicile** est possible si vous ne vivez pas seul(e). Une feuille de conseil vous est donnée. Il n'y a pas besoin de porter de corset. La rééducation peut être intéressante mais n'est pratiquement jamais prescrite durant le 1<sup>er</sup> mois post-opératoire. Il est impératif d'éviter tout effort pendant 6 semaines pour minimiser le risque de récurrence d'hernie. Pas d'hyper pression lors de la toux ou pour aller à selles, pas de port de charges, éviter de se pencher vers l'avant, ne pas conduire ou aller en voiture/avion avant 15 jours, pas de longs trajets en voiture avant 6 semaines. Le kinésithérapeute vous donnera des conseils d'épargne lombaire durant votre hospitalisation.

**Des soins de plaie** par une infirmière à domicile vous seront prescrits (2 à 3 pansements par semaine) et les fils seront ôtés vers le 12<sup>eme</sup> jour post opératoire. Des douches de courte durée seront possibles à partir du 3<sup>eme</sup> jour avec un pansement spécial étanche s'il n'y a pas de problème de plaie.

**La reprise d'un travail** non physique est possible à partir de la 7<sup>eme</sup> semaine post opératoire. Pour un travail plus physique, comptez plutôt 2 à 3 mois après l'opération. Ce délai varie beaucoup en fonction du type de travail. Parfois la reprise est impossible et une reconversion doit être envisagée (travailleur de force).

## La surveillance

**Un contrôle clinique à un mois et avant la reprise du travail** après l'intervention est effectué systématiquement. Un suivi plus prolongé est parfois nécessaire en cas de persistance de la douleur ou de surveillance d'une paralysie.

Parfois, la discopathie (maladie discale) s'aggrave. La maladie discale n'est évidemment pas guérie lorsque l'on enlève une hernie discale et elle continue à évoluer. Ça peut aboutir à plus long terme à la discarthrose avec pincement du disque.

Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions ou vous fournir d'autres explications.