

Chirurgie de la lombalgie d'origine discogénique

(discopathie dégénérative)

Madame, Monsieur,

Vous allez être opéré d'une discopathie dégénérative. Ces informations restent très générales, et servent de complément aux informations particulières et personnelles vous concernant, que seul le neurochirurgien qui vous prend en charge est à même de vous donner.

Qu'est-ce qu'une discopathie lombaire dégénérative?

La colonne lombaire est constituée de 5 vertèbres (appelées L1 L2 L3 L4 et L5). La dernière vertèbre lombaire (L5) s'articule avec le sacrum (S1). En arrière des corps vertébraux se trouve le canal rachidien (ou canal vertébral) dans lequel passent, au niveau lombaire, les racines nerveuses à destination des jambes et du périnée, qui transmettent les ordres de mouvement et la sensibilité.

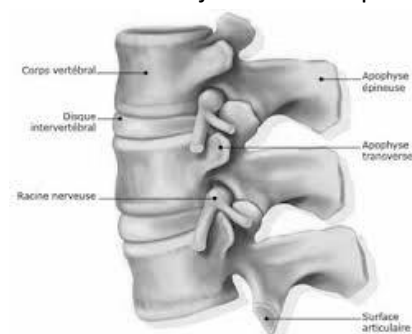


Fig 1 : anatomie du rachis lombaire

Le disque intervertébral est une sorte de coussin amortisseur entre deux vertèbres. L'usure d'un disque s'appelle une discopathie. Elle peut être normale (liée au vieillissement) ou prématurée. Le disque se déshydrate et amortit moins les contraintes mécaniques exercées sur la colonne lombaire. Une discopathie importante peut ainsi entraîner des douleurs dans le bas du dos (lombalgies).

Quand faut-il opérer ?

Les lombalgies évoluent souvent par crise douloureuses aiguës, survenant lors d'efforts ou de faux mouvements : c'est le lumbago. Le traitement n'est jamais chirurgical, il consiste en du repos, des antalgiques (médicaments anti-douleur) et des anti-inflammatoires.

Lorsque les douleurs deviennent permanentes et évoluent depuis plusieurs mois, on parle de lombalgies chroniques. Le traitement de première intention reste médical associé à une rééducation (kinésithérapie, physiothérapie, balnéothérapie et/ou prise en charge par un médecin rééducateur spécialisé).

Si les douleurs persistent malgré tout, une IRM devra être réalisée. Dans certains cas une chirurgie sera proposée.

Comment se déroule la chirurgie ?

L'objectif de la chirurgie est **d'améliorer les douleurs et la qualité de vie du patient**. Le plus souvent, les douleurs ne disparaissent pas totalement. Une activité physique régulière est indispensable après la chirurgie.

Il existe plusieurs techniques chirurgicales de prise en charge d'une discopathie, qui seront discutées au cas par cas.

L'intervention peut être réalisée **par voie antérieure (par le ventre)** ou par **voie postérieure (par le dos)**, qui ont toutes deux leurs avantages et leurs inconvénients :

- ▶ **l'arthrodèse postérieure (abord par le dos)** est la plus utilisée. Elle consiste à bloquer le ou les étages vertébraux douloureux : une *fusion* (soudure) entre ces vertèbres est réalisée au moyen d'une **arthrodèse** (greffe osseuse) et d'une **ostéosynthèse** (implantation de matériel : vis, tiges, cages).
- ▶ la **voie antérieure (abord par le ventre)**, qui permet d'économiser les muscles du dos. L'arthrodèse consiste à bloquer l'étage vertébral douloureux en remplaçant le disque par une grande cage vissée aux vertèbres sus et sous-jacente. L'arthroplastie consiste également à remplacer le disque, mais en utilisant une prothèse. Dans ce cas, il n'y a pas de fusion entre les vertèbres, et le niveau opéré reste donc mobile.

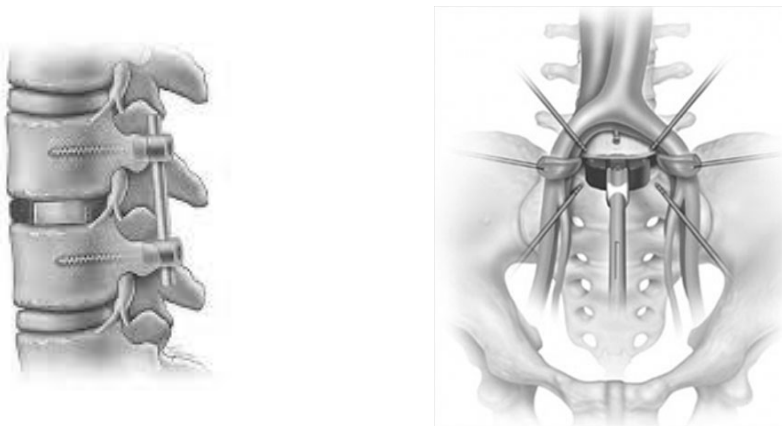


Fig 2 : arthrodèse postérieure et arthrodèse antérieure

Quelque-soit la technique utilisée, une rééducation prolongée sera indispensable dans les suites de l'opération pour renforcer les muscles du dos et les muscles abdominaux.

L'arrêt de travail est d'au moins 3 mois.

Quels en sont les risques ?

- **L'infection du site opératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie et des antibiotiques pendant plusieurs semaines.
- **L'hématome postopératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie s'il comprime les nerfs.
- **La malposition d'un implant**, qui peut nécessiter en cas de toxicité sur un élément nerveux, une nouvelle chirurgie.
- Très exceptionnellement, lorsque l'on opère par le ventre, **une lésion de gros vaisseaux sanguins** passant en avant de la colonne peut survenir, pouvant entraîner une hémorragie massive voire mortelle.
- **La perte de la sensibilité ou des difficultés à bouger une partie de la jambe** si le nerf est abimé.
- Une brèche de dure-mère c'est-à-dire une déchirure de l'enveloppe qui contient les nerfs et le liquide céphalo-rachidien (LCR). Elle est fermée au cours de l'intervention mais une fuite de LCR peut survenir et nécessiter une nouvelle intervention.
- Lorsqu'on opère par le ventre, la paroi abdominale peut mal se refermer et provoquer une **éventration**, nécessitant une reprise chirurgicale (complication exceptionnelle)
- Les risques propres à **l'anesthésie générale**, au positionnement sur la table d'opération, la phlébite ou l'embolie pulmonaire
- Lorsqu'on opère par le ventre, il y a un risque d'endommager les nerfs qui s'occupent des organes sexuels. Cela peut provoquer une **éjaculation rétrograde** chez l'homme et une **sécheresse vaginale** chez la femme.