

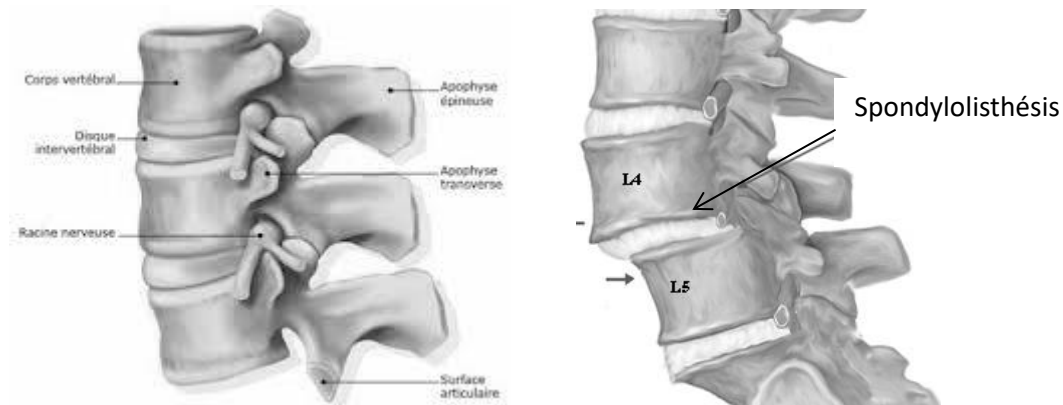
La chirurgie du spondylolisthésis lombaire

Madame, Monsieur,

Vous allez être opéré d'un spondylolisthésis lombaire. 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'un spondylolisthésis lombaire?

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 nerfs (ou racines nerveuses) à destination des jambes et du périnée. Ces nerfs commandent la motricité et la sensibilité des jambes, de la vessie et des sphincters. Le disque intervertébral est une sorte de coussin amortisseur entre deux vertèbres.



Le **spondylolisthésis lombaire** est un glissement d'une vertèbre lombaire vers l'avant et vers le bas par rapport à la vertèbre située juste en dessous, entraînant avec lui tout le reste de la colonne vertébrale. Dans la majorité des cas, il se situe au niveau des dernières vertèbres lombaires, en L4-L5 ou L5-S1. En fonction de l'importance du glissement, le spondylolisthésis est classé en 4 stades de gravité croissante, avec à l'extrême (stade 4) une spondyloptose correspondant à une chute de la vertèbre à l'intérieur du bassin. Il existe plusieurs types/causes de spondylolisthésis :

-Le **spondylolisthésis dysplasique** : il est congénital (malformation de naissance), par opposition au 3 autres types ci-dessous, qui sont acquis

-Le **spondylolisthésis par lyse isthmique**, acquis dans l'enfance ou l'adolescence, mais souvent bien toléré jusqu'à l'âge adulte

-Le **spondylolisthésis dégénératif**, secondaire aux lésions d'arthrose (vieillesse normale) de la colonne lombaire

-Le **spondylolisthésis traumatique**

Le spondylolisthésis, quel qu'en soit son origine, peut être très bien toléré. Il peut néanmoins provoquer des douleurs qui résultent du glissement vertébral (on parle d'instabilité intervertébrale) et/ou de la compression des nerfs induite par ce glissement. Le patient peut alors souffrir de lombalgies (douleurs dans le bas du dos) et/ou de névralgies (douleurs dans les jambes par compression des nerfs sciatique ou crural). Dans une grande majorité des cas, ces symptômes s'aggravent progressivement pouvant aboutir à un handicap majeur.

Quand faut-il opérer ?

Lorsque les douleurs apparaissent, un bilan complémentaire est nécessaire. L'IRM apprécie l'état des disques intervertébraux et l'importance de la compression nerveuse. Des radiographies (appelées téléradiographie EOS) de l'ensemble de la colonne vertébrale permettent d'apprécier l'équilibre global de la colonne vertébrale.

Si la douleur est modérée et d'évolution récente, le traitement médical est indiqué dans un premier temps (antalgiques, anti-inflammatoires, infiltration, kinésithérapie). L'intervention chirurgicale est envisagée en cas de persistance des douleurs ou en présence de signes de gravité (faiblesse musculaire, troubles génitaux et sphinctériens).

Comment se déroule la chirurgie ?

Les objectifs de la chirurgie sont de **soulager les douleurs** (lombalgies et névralgies) et **d'éviter l'aggravation du glissement vertébral**.

La chirurgie consiste à décompresser les nerfs et à lutter contre le **glissement** vertébral en réalisant une **fusion** (soudure) entre les vertèbres au moyen d'une arthrodèse (greffe osseuse) et d'une ostéosynthèse (implantation de matériel : vis, tiges et/ou cages). Différents montages d'arthrodèse et d'ostéosynthèse sont possibles en opérant soit par le dos (voie postérieure), soit par le ventre (voie antérieure).

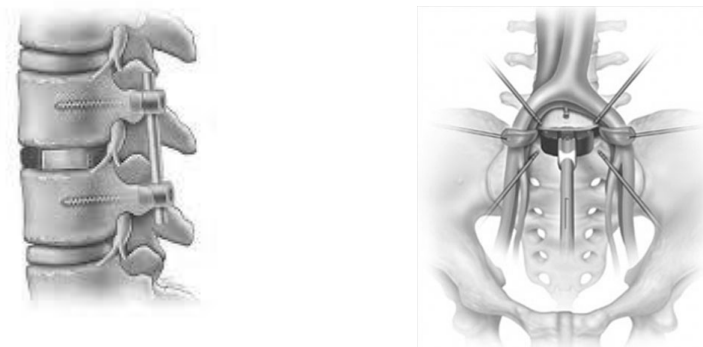


Fig 2 : arthrodèse postérieure et arthrodèse antérieure

Voie antérieure et voie postérieure ont toutes deux leurs avantages et leurs inconvénients. Le choix entre les deux dépend de critères techniques qui vous sont propres et que seul votre neurochirurgien est en mesure de vous expliquer.

Dans tous les cas, 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 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.
- Très exceptionnellement, lorsque l'on opère par le ventre, une **lésion de gros vaisseaux sanguins** passant en avant de la colonne vertébrale 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 abîmé.
- 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.
- La **malposition d'un implant** (vis par exemple), qui peut nécessiter, en cas de toxicité sur un élément nerveux, une nouvelle chirurgie.
- 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.