



Chirurgie de décompression lombaire : traitement d'une sténose

Information destinée aux patients

INTRODUCTION	3
ANATOMIE DU RACHIS LOMBAIRE	4
QU'EST-CE QU'UNE STÉNOSE DU CANAL LOMBAIRE ET QUAND FAUT-IL OPÉRER ?	7
PLANNING DE L'HOSPITALISATION	10
VOTRE ADMISSION DANS LE SERVICE	11
DÉROULEMENT DE L'OPÉRATION	13
APRÈS L'OPÉRATION	15
LES COMPLICATIONS POSSIBLES	17
QUAND DEVEZ-VOUS REPRENDRE CONTACT ?	19
CONTACTS UTILES	20

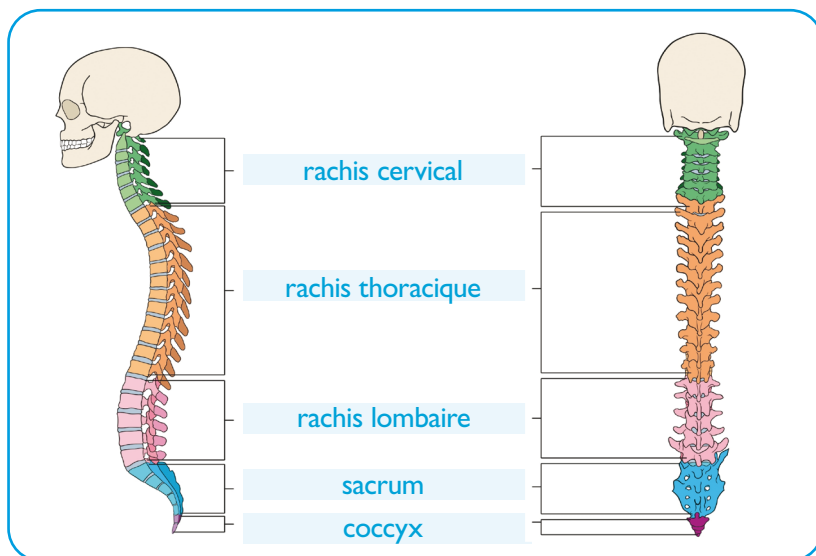
Vous allez subir sous peu, dans la région lombarde, un traitement chirurgical qui consiste en une décompression du canal rachidien. Cette brochure contient des informations détaillées sur la nature de l'affection, sur le but de l'opération et sur l'opération elle-même. Nous donnons également un aperçu du déroulement de l'hospitalisation et des points à surveiller après la sortie de l'hôpital. Enfin, nous vous communiquons quelques données de contact qui pourront vous être utiles après l'hôpital.

Les principaux points à surveiller dans les jours et semaines qui suivent l'opération sont repris dans la brochure « Chirurgie du rachis lombaire : discipline posturale et motrice » que vous recevez lors de votre admission. N'hésitez pas à la demander.

Si vous avez encore des questions après avoir lu les brochures, n'hésitez pas à vous adresser à votre médecin traitant, au médecin de salle ou à un membre du personnel soignant. Une personne bien informée se sent plus à l'aise, moins stressée, ce qui favorise aussi la guérison.

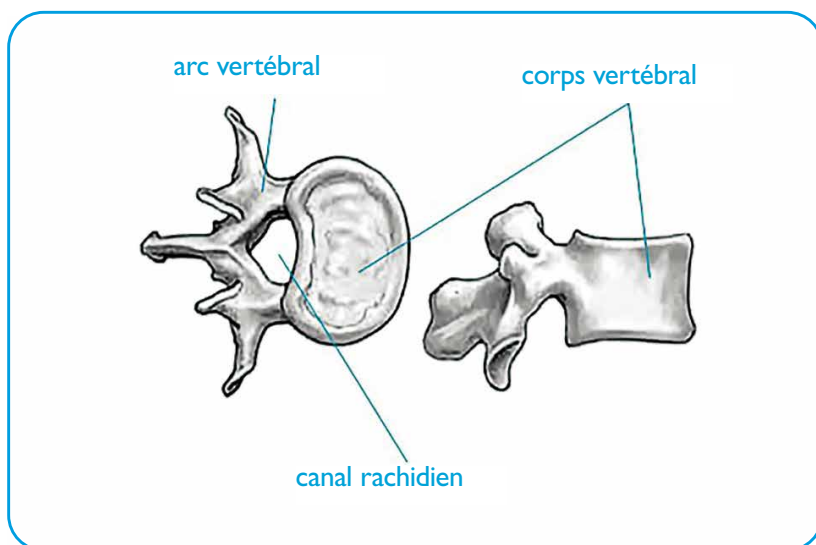
ANATOMIE DU RACHIS LOMBAIRE

La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée, comme son nom l'indique, d'une série de vertèbres. Il y a ainsi, de haut en bas, sept vertèbres cervicales, douze vertèbres thoraciques et cinq vertèbres lombaires. Sous les vertèbres lombaires se trouve le sacrum, et en dessous de celui-ci, le coccyx (voir la figure ci-dessous). Le rachis lombaire est ce qu'on appelle communément le bas du dos.



La colonne vertébrale en vue latérale et arrière

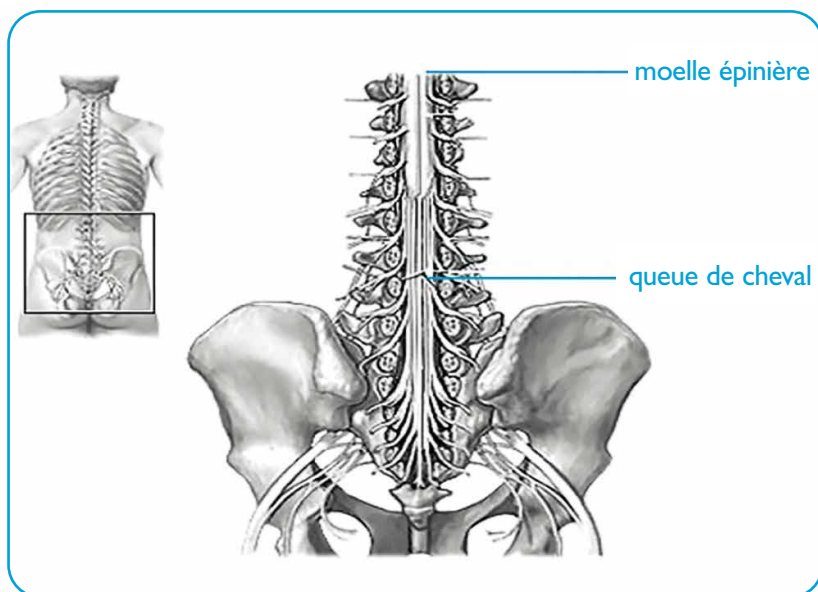
Une **vertèbre lombaire** est constituée d'un corps vertébral et d'un arc vertébral. L'arc vertébral comporte deux **apophyses transverses**, quatre surfaces articulaires qui sont en contact avec les vertèbres adjacentes, la lame vertébrale qui protège l'arrière du canal rachidien et une apophyse épineuse à l'arrière, qu'on peut sentir à travers la peau. L'ensemble formé par l'arc vertébral et le corps vertébral entoure une ouverture circulaire (voir la figure ci-dessous). Lorsque toutes les vertèbres sont empilées les unes sur les autres, cela forme ainsi un canal : le **canal rachidien**.



Vertèbre lombaire vue du dessus (à gauche) et de côté (à droite)

Au niveau du rachis lombaire inférieur, ce canal contient ce qu'on appelle la **queue de cheval**, constituée de racines nerveuses qui partent de la moelle épinière et s'étirent vers le haut.

Au niveau de chaque vertèbre, sous l'arc vertébral, une racine nerveuse émerge des deux côtés (voir la figure ci-dessous). Entre les vertèbres se trouvent les **disques intervertébraux**, qui font office d'amortisseur et d'articulation. Les disques intervertébraux sont constitués d'une enveloppe rigide de cartilage fibreux (annulus fibrosus) et d'un cœur mou, pulpeux (nucleus pulposus). Entre les arcs vertébraux, on trouve différentes structures de tissu conjonctif qui contribuent à la stabilité de la colonne vertébrale : le ligament jaune (ligamentum flavum) entre les lames vertébrales et les ligaments entre les apophyses épineuses.

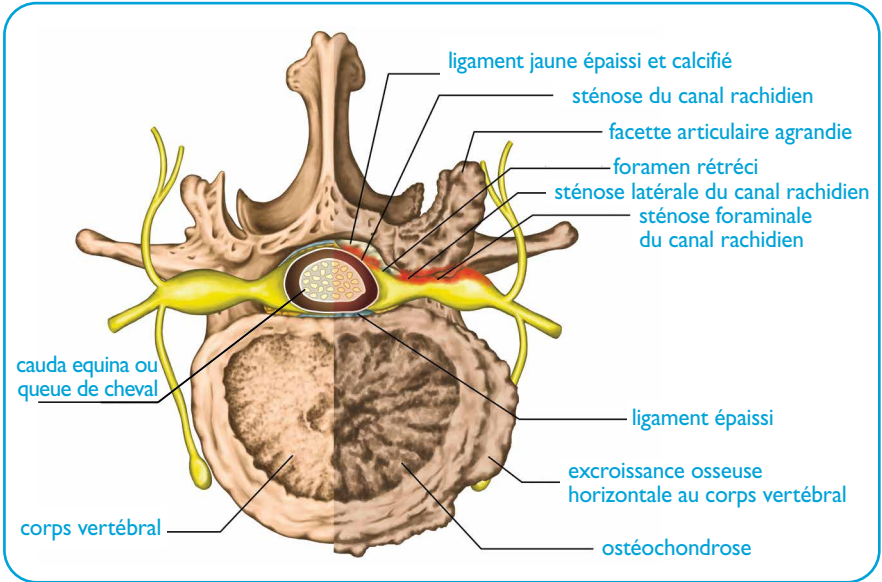


La queue de cheval et les nerfs émergents

QU'EST-CE QU'UNE STÉNOSE DU CANAL LOMBAIRE ET QUAND FAUT-IL OPÉRER ?

Étant donné que l'homme marche en position debout, le poids du tronc repose entièrement sur les vertèbres lombaires inférieures et sur la jonction entre le rachis lombaire et le sacrum. La charge mécanique sur les vertèbres et les disques intervertébraux dans le bas du dos est donc très importante. En conséquence, ces structures sont les plus sujettes à l'usure ou la dégénérescence. En d'autres termes, tout le monde subit à un moment donné une certaine forme de dégénérescence ou de dégradation dans cette partie du dos. Cette usure, qui est un processus normal lié à l'âge, entraîne parfois un épaissement des structures ligamentaires comme le ligament jaune et des articulations entre les vertèbres. En outre, le disque intervertébral peut également s'user, si bien qu'il commence à faire saillie dans le canal vertébral, provoquant éventuellement une hernie discale.

Le résultat final de ce processus d'usure est un rétrécissement du canal rachidien. C'est ce qu'on appelle une **sténose** du canal rachidien. Cette sténose peut être limitée à un niveau ou un côté du dos, mais peut aussi recouvrir plusieurs niveaux et être présente à gauche comme à droite. Une sténose du canal lombaire se produit le plus souvent entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire (L3-L4) ou entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire (L4-L5). La conséquence d'une sténose est que les nerfs de la 'queue de cheval' qui traversent le canal rachidien ont moins d'espace. À un stade plus avancé, ces nerfs sont entièrement comprimés.



Coupe transversale illustrative d'une vertèbre lombaire avec le canal rachidien, la queue de cheval (cauda equina) et une racine nerveuse émergente des deux côtés. À gauche est représenté un canal rachidien normal; à droite, un canal rachidien rétréci ou sténosé.

Les troubles qui se manifestent lors d'une sténose du canal lombaire sont qualifiés de « claudication neurogène ». Cela signifie qu'une douleur dans le dos irradie vers une jambe ou les deux, parfois même jusqu'aux orteils. Typiquement, la douleur survient après avoir marché quelques dizaines ou centaines de mètres, ou

être resté longtemps debout. En général, la douleur s'atténue rapidement en position assise ou couchée. De même, il est souvent moins douloureux de faire du vélo ou de marcher en se tenant plus penché en avant. Il en résulte, pour de nombreux patients, une diminution de la distance de marche, ce qui, sur le plan fonctionnel, est assez gênant dans la vie de tous les jours. Dans les cas graves, il peut aussi y avoir une perte de force musculaire et parfois même des problèmes pour uriner ou aller à la selle. Mais ces troubles, plutôt rares dans le cas d'une simple sténose, surviennent plutôt en cas d'hernie discale aiguë.

Si les troubles sont restreints, il est proposé un traitement non chirurgical. Celui-ci comprend des analgésiques et de la kiné. Si la douleur est trop forte, on peut éventuellement procéder à une infiltration épidurale. Il s'agit d'injecter un anesthésiant et de la cortisone près de la racine nerveuse. Si les symptômes persistent ou affectent la vie quotidienne, un traitement chirurgical peut être envisagé. Une telle opération a pour but d'élargir le canal rachidien de telle sorte que les racines nerveuses de la queue de cheval (cauda equina) aient à nouveau suffisamment de place.

Si la colonne vertébrale est instable ou si des vertèbres se sont déplacées par rapport aux autres, une stabilisation ou une fixation de deux vertèbres ou plus peut s'avérer nécessaire, en plus d'une décompression. On parle alors d'une opération de fusion lombaire. Dans votre cas, une telle intervention n'a pas été jugée nécessaire ni indiquée, et seul un élargissement du canal rachidien sera réalisé.

PLANNING DE L'HOSPITALISATION

S'il est décidé de traiter la sténose par voie chirurgicale, vous serez envoyé(e) à la consultation d'anesthésie pour un **contrôle préopératoire**. En guise de préparation à la consultation, vous remplissez un questionnaire. Celui-ci porte notamment sur les éventuelles allergies et autres affections, sur votre mode de vie et sur les opérations antérieures. Il est utile d'apporter une liste des médicaments que vous prenez ainsi que des examens sanguins, cardiaques ou pulmonaires récents afin que l'anesthésiste puisse les examiner. Vous pouvez également apporter votre carte de groupe sanguin, si vous en avez une. Pour que l'hospitalisation se déroule au mieux, il est important que vous soyez passé(e) au préalable à la consultation d'anesthésie.

Pendant la consultation, le médecin passera en revue avec vous le questionnaire. Votre état de santé sera ensuite contrôlé et nous examinerons avec vous le type d'anesthésie et d'analgésique, ainsi que les risques éventuels. Le médecin déterminera aussi avec vous quels médicaments vous pouvez encore prendre avant l'opération.

Si nécessaire, des examens supplémentaires seront pratiqués. S'ils ne peuvent pas avoir lieu immédiatement, un rendez-vous sera fixé à la consultation.

Si l'anesthésiste donne son accord, la date de l'hospitalisation peut être confirmée. Cela se fait habituellement par courrier.

VOTRE ADMISSION DANS LE SERVICE

Vous serez en principe admis(e) la veille de l'intervention dans l'après-midi ou le jour même au matin.

L'espace de rangement est assez limité dans le service. C'est pourquoi nous vous demandons d'apporter uniquement les affaires nécessaires à l'hôpital. Il vaut mieux laisser les objets de valeur à la maison.

Il est conseillé d'apporter :

- ✓ Tous les médicaments que vous prenez actuellement dans l'emballage d'origine. Ces médicaments sont à remettre au personnel infirmier, qui les rangera.
- ✓ Des vêtements dans lesquels vous pouvez bouger facilement et librement pendant les exercices dans le service et une tenue pour rentrer à la maison.
- ✓ Pyjama ou robe de nuit et robe de chambre
- ✓ Pantoufles fermées ou chaussures de sport solides
- ✓ Nécessaire de toilette, serviettes et gants de toilette
- ✓ Rasoir
- ✓ Livres et/ou magazines
- ✓ Monnaie (p. ex. pour acheter une revue)
- ✓ Chargeur de GSM
- ✓ Attestation d'assurance

Préparation à l'opération :

- ✓ Les poils du dos sont rasés par l'infirmière du service ou dans la salle d'opération. Votre peau doit être la plus lisse possible de manière à pouvoir la désinfecter soigneusement avant l'opération. Évitez donc de raser vous-même ces parties du corps.
- ✓ Avant l'opération, prenez une douche avec un savon ordinaire. L'infirmier(ère) pourra vous aider au besoin.
- ✓ Jusqu'à deux heures avant l'opération, vous pouvez prendre les boissons suivantes :
 - Eau
 - Jus de fruit sans pulpe
 - Boissons isotoniques
 - Boissons gazeuses
 - Thé ou café noir
- ✓ À partir de six heures avant l'intervention, vous ne pouvez plus prendre d'aliments solides ou d'autres boissons que celles énumérées ci-dessus. Demandez à l'infirmière ou au médecin du service à quel moment commence normalement l'opération, afin d'éviter un report.

Juste avant l'opération :

- ✓ Enlevez les bijoux, piercings, lunettes, lentilles de contact, maquillage, prothèses dentaires, appareils auditifs, ainsi que la perruque éventuelle et rangez le tout dans l'armoire de votre chambre. Remettez la clé de l'armoire à l'infirmière.
- ✓ Vous recevez une chemise d'opération.
- ✓ L'infirmière s'assure que vous avez un bracelet d'identification au poignet.
- ✓ L'infirmière vous indique quels médicaments vous pouvez encore prendre avant l'opération (avec une petite gorgée d'eau).
- ✓ Vous êtes emmené(e) à la salle d'opération.

DÉROULEMENT DE L'OPÉRATION

Le **but** de l'opération consiste à élargir le canal rachidien et à éliminer ainsi la sténose. De cette manière, il y a de nouveau suffisamment d'espace pour les racines nerveuses dans le canal rachidien. À l'UZ Leuven, cette opération est réalisée sous agrandissement optique.

Lorsque vous êtes dans la salle d'opération, l'anesthésiste vous met sous anesthésie générale.

Lors d'une opération pour une sténose lombaire, vous recevez toujours des antibiotiques préventifs.

Une fois sous anesthésie, on vous retourne et on vous installe sur l'appui-genou. Pendant l'opération, vous reposez ainsi sur votre cage thoracique et sur vos genoux, ce qui permet au chirurgien d'opérer dans le bas du dos. Ensuite, le chirurgien recherche, à l'aide de la radioscopie, le niveau correct du disque intervertébral et fait un marquage sur la peau du dos. Le dos est alors désinfecté et recouvert de manière stérile. Sur la ligne médiane entre l'arc vertébral supérieur et inférieur, le chirurgien fait une incision dans la peau pour avoir accès au canal rachidien. Sous agrandissement optique, le canal rachidien est ouvert sur une petite portion. De cette façon, le chirurgien a vue sur le rétrécissement du canal rachidien. Il enlève ensuite le ligament jaune épaissi et une partie de l'articulation épaissie entre les vertèbres. C'est ce qu'on appelle la décompression, exécutée avec un foret fin et des pincettes fines. Les racines nerveuses apparaissent ensuite. Le chirurgien étend la décompression jusqu'à ce que les racines nerveuses soient suffisamment dégagées au niveau opéré. Si une hernie est présente également, le chirurgien l'inspecte et, si nécessaire, l'enlève aussi.

En fonction de l'étendue du problème, il ouvrira aussi l'autre côté de la colonne vertébrale ou pratiquera une décompression à plusieurs niveaux.

Une fois la décompression terminée, la plaie est suturée en plusieurs couches. Un drain est parfois mis en place pour la plaie. Il s'agit d'un fin tuyau qui est relié à un récipient (Redon), lequel peut alors absorber l'excès de sang ou de liquide de la plaie à l'endroit de l'opération une fois la peau refermée.

Après l'opération, l'anesthésiste vous réveille et vous allez en salle de réveil (service de soins post-anesthésie ou 'PAZA').



APRÈS L'OPÉRATION

Après l'opération, vous passez quelques heures dans la salle de réveil (service de soins post-anesthésie ou 'PAZA'). Ensuite, vous êtes ramené(e) dans le département.

Le traitement de la douleur est très important pour votre rétablissement. C'est pourquoi nous vous demandons, pendant votre hospitalisation, de signaler si vous avez des douleurs ou si la douleur persiste malgré les antidouleurs administrés. Une bonne gestion de la douleur réduit le risque de complications et favorise votre rétablissement.

Dans la plupart des cas, vous pouvez déjà vous redresser directement après l'opération, et vous pouvez assez vite commencer à déambuler. La première fois, cela se passe sous la supervision d'une infirmière ou d'un kinésithérapeute, qui vous donnera aussi des instructions sur la meilleure façon de bouger pendant les premières semaines après l'opération.

Si un drain a été placé, il sera normalement enlevé un ou deux jours après l'opération sur avis du chirurgien.

Habituellement, on donne du Clexane® 40 mg une fois par jour après l'opération. Ce médicament offre une protection contre la thrombose, c.-à-d. la formation de caillots de sang dans la jambe.

Dans une opération sans complications, vous pourrez en principe quitter l'hôpital le premier ou le deuxième jour qui suit l'opération. Cela peut bien sûr varier en fonction de votre rétablissement après l'intervention.

À votre sortie de l'hôpital, le médecin de salle vous remet :

- ✪ Une lettre pour le médecin généraliste avec un bref compte-rendu préliminaire de l'opération et de votre séjour à l'hôpital.
- ✪ Une lettre pour vous avec les médicaments éventuels que vous allez devoir prendre (par exemple antidouleurs). Si vous devez prendre encore d'autres médicaments, nous vous en donnerons une petite quantité. Ainsi vous ne devrez pas aller à la pharmacie le jour de votre sortie. Si nécessaire, nous vous remettons une prescription pour la pharmacie.
- ✪ Une lettre qui mentionne la consultation de contrôle chez votre chirurgien traitant. Avant la consultation, vous devez peut-être passer à la consultation d'imagerie médicale pour contrôler le processus de guérison. Ce contrôle intervient en général quatre à six semaines après la sortie de l'hôpital. À la suite de ce contrôle, une consultation avec le médecin du service de médecine physique et de rééducation peut être prévu afin d'établir le programme de rééducation approprié après l'opération. En fonction d'une série de variables, une période de quatre à six semaines d'incapacité de travail est prescrite après l'opération.
- ✪ La brochure « Chirurgie du rachis lombaire : discipline posturale et motrice » (« Lumbale wervelkolomchirurgie : houdings- en bewegingsdiscipline »)

LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Une sténose du canal lombaire est souvent traitée par voie chirurgicale et l'opération se déroule dans la plupart des cas sans complications. Voici un aperçu des principaux désagréments et complications qui pourraient néanmoins se présenter. Une énumération exhaustive de toutes les complications (parfois rares) possibles sort toutefois du cadre cette brochure.

ATTEINTE D'UN NERF

L'opération étant réalisée au niveau des nerfs dans la colonne vertébrale, certains patients craignent d'être paralysés. Le risque d'endommager la racine nerveuse est cependant très faible (< 1%). Si cela se produit, la conséquence sera une perte de force dans un muscle bien déterminé.

INFECTION

Une infection dans la zone opérée, en particulier dans un disque intervertébral opéré, est également très rare (< 1%). S'il se produit malgré tout une infection, des antibiotiques devront être donnés pendant une période prolongée. À titre préventif, on prévoit une prise unique d'antibiotiques lors de chaque opération du dos pour une sténose.

HÉMORRAGIE POSTOPÉRATOIRE

Une hémorragie postopératoire dans la zone opérée, qui nécessite d'urgence une nouvelle opération, est très rare.

FISSURE DANS LES MEMBRANES

Il arrive qu'une fissure apparaisse dans les membranes entourant la 'queue de cheval' (cauda equina) ou la racine nerveuse, si bien que du liquide cérébrospinal provenant du dos peut s'écouler dans la zone opérée. Cette fuite est immédiatement refermée pendant l'opération. Pour éviter une nouvelle fuite après l'opération, votre chirurgien vous demandera sans doute de rester allongé(e) au moins 24 heures. Le risque d'une telle fissure dans les membranes est inférieur à 5% lors d'une première opération. En raison de la formation de cicatrices et d'adhérences, ce risque est plus élevé lors d'une deuxième ou une troisième opération au même niveau vertébral. Dans de rares cas, il se produit tout de même une perte de liquide cérébrospinal à travers la plaie et une nouvelle opération s'impose pour colmater à nouveau la fuite.

Après ce type d'opération, la douleur irradiante lors de la marche a de fortes chances de s'atténuer ou de disparaître. Par contre, l'effet de l'opération sur les maux de dos est plus difficile à prédire. Les maux de dos peuvent diminuer après l'opération, mais ils peuvent aussi rester inchangés ou, dans de rares cas, augmenter.

QUAND DEVEZ-VOUS REPRENDRE CONTACT ?

Comme nous venons de l'indiquer, les complications graves sont rares.

Dans les cas suivants, toutefois, il convient de reprendre contact avec notre service :

- ✓ Apparition ou aggravation de déficits neurologiques tels que
 - perte de force dans les jambes
 - perte de sensation ou sensation anormale dans les jambes ou dans la région du pubis
 - problèmes lors de la marche, sensation d'instabilité
 - problèmes pour uriner ou aller à la selle
- ✓ Douleurs croissantes dans le dos
- ✓ Problème au niveau de la plaie (p. ex. écoulement de liquide, perte de sang, gonflement, rougeur, évasement des bords de la plaie)
- ✓ Fièvre pendant les trois premières semaines après l'opération

Bien entendu, vous pouvez toujours recontacter le personnel soignant si vous vous inquiétez pour une autre raison.

Même la nuit et le week-end, il y a un service de garde à votre disposition en cas de problème de colonne vertébrale. Et pour tout problème urgent, vous pouvez recourir à notre service des urgences.

CONTACTS UTILES

Médecin de garde pour les problèmes de colonne vertébrale (via la centrale téléphonique)	tél. 016 33 22 11
Urgences UZ Leuven campus Gasthuisberg	tél. 016 34 39 00
Service de neurochirurgie	tél. 016 34 45 20
Service d'orthopédie	tél. 016 33 81 10
Secrétariat de neurochirurgie	tél. 016 34 42 90
Secrétariat d'orthopédie	tél. 016 33 88 27

© Janvier 2020 UZ Leuven

Ce texte et ses illustrations ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord du service Communication de l'UZ Leuven.

Conception et réalisation

Ce texte a été rédigé par les services de neurochirurgie et d'orthopédie en collaboration avec le service Communication.

Cette brochure peut également être consultée sur
www.uzleuven.be/fr/brochure/701114.

Les remarques ou suggestions concernant cette brochure peuvent être adressées à communicatie@uzleuven.be.

Éditeur responsable
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Louvain
tél. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth



Consultez votre dossier médical
sur www.mynexuzhealth.be ou

