

Informations

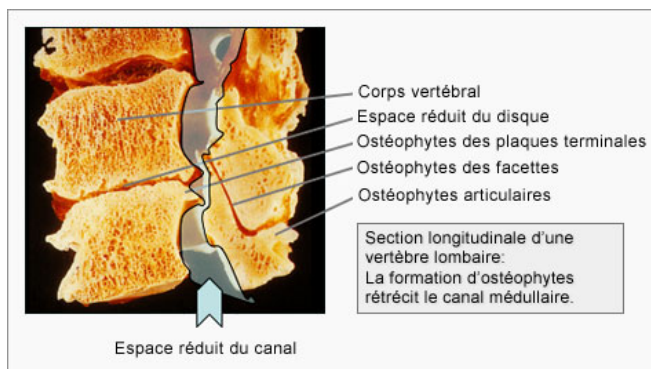
Arthrodèse lombaire postérieure

DE QUOI S'AGIT-IL ?

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 lombaire qui est responsable d'une compression des racines nerveuses qui y cheminent et du sac qui les contient.

Les signes cliniques associent des douleurs radiculaires comme des sciaticques et/ou des cruralgies et des signes d'étranglement du canal central appelé claudication médullaire se traduisant par une baisse de force des jambes à la marche après une certaine durée (le périmètre de marche) qui va progressivement en se réduisant dans le temps.

Les causes sont multiples : il peut s'agir d'un canal rachidien étroit dit constitutionnel (acquis à la naissance mais non héréditaire) ou beaucoup plus souvent dit dégénératif en rapport avec des lésions arthrosiques. C'est au départ un affaissement de la hauteur du disque séparant deux vertèbres (cette diminution de hauteur est normale avec l'âge car le disque se déshydrate) qui entraîne une pression excessive sur les articulations postérieures qui entraîne l'arthrose, l'épaississement des ligaments, et la fermeture du canal de sortie des racines et du canal central.



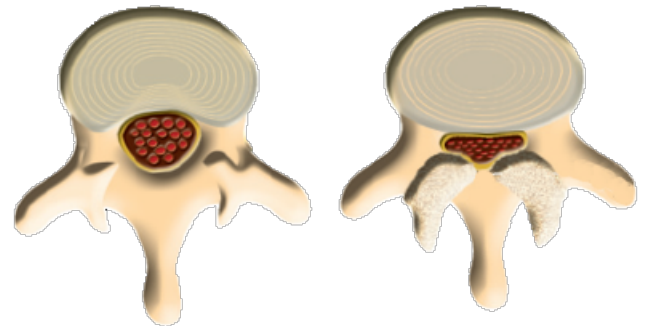
M....., le/..../.....

Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.

_____ D^r Christian LEONARDI

QUELLE EST SON ÉVOLUTION SPONTANÉE EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ?

L'arthrose progresse lentement et conduit à un rétrécissement plus important gênant de plus en plus la marche (le périmètre de marche se réduit) conduisant parfois à un état grabataire, mais il n'y a pas de règle évolutive et aucune prédiction ne peut être faite. C'est surtout l'analyse de la rapidité d'évolution qui peut nous aider à prendre une décision de libération chirurgicale, ou bien sûr en cas de déficit neurologique.



AVANT LE TRAITEMENT

La planification de cette intervention et le choix des différents temps opératoires (réalisation ou non d'une greffe, présence ou non de matériel métallique) 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, des radiographies dynamiques en flexion et en extension, un scanner (ou tomodensitométrie), une saccoradiculographie (injection d'un produit de contraste par ponction lombaire) et une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) seront nécessaires. Dans certains cas, une étude électrique de la vitalité des nerfs est demandée (électromyogramme fait par un neurologue).

Il sera procédé de plus à un bilan préopératoire

habituel comme lors de toute intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie. Vous allez voir en consultation le Médecin anesthésiste qui prescrira ces examens.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une libération postérieure avec arthrodèse pour sténose lombaire. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. En fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, votre chirurgien peut être amené à procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

QUEL TRAITEMENT ?

Principes du traitement L'intervention chirurgicale (libération canalaire) dont vous allez bénéficier consiste à redonner au canal lombaire un calibre suffisant et de supprimer toute compression au niveau des racines nerveuses. Chaque niveau comprimé doit être traité tant au niveau du canal central qu'au niveau des canaux de sortie des racines (foramen).

Il est quelquefois 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. L'arthrodèse est nécessaire en cas d'instabilité entre deux vertèbres. L'arthrodèse peut être située entre les corps vertébraux et/ou à la partie arrière des vertèbres. Le but des implants est aussi de corriger un déséquilibre de la colonne en restituant une courbure harmonieuse.



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 est prélevé localement ou sur la partie postérieure du bassin. Quelquefois un substitut osseux synthétique est additionné à l'os pour augmenter le volume de la greffe. La greffe peut être déposée sur les vertèbres ou dans le disque, elle sera alors placée le plus souvent dans une «cage». Dans certains cas, une simple greffe osseuse, sans recours aux implants, suffira à consolider le rachis. Pour immobiliser les segments et en attendant la consolidation osseuse, il est nécessaire de mettre en place du ma-

tériel d'ostéosynthèse métallique vissé dans les vertèbres. Les vis sont ensuite réunies par des barres.

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 en arrière. Le niveau à opérer est repéré radiologiquement. Le chirurgien accède à la colonne vertébrale par une incision dans le dos. La longueur de l'incision dépend de l'emplacement et du nombre des vertèbres à consolider. Les muscles sont écartés et la libération peut être réalisée, elle nécessite parfois l'ablation complète de la partie postérieure de la vertèbre (laminectomie) et est parfois complétée par un recalibrage du trou de sortie latéral de la racine (foraminoplastie).

Greffe et ostéosynthèse sont mis en place. Pour consolider la colonne, on utilisera divers types d'éléments métalliques (implants) ainsi que des greffes osseuses. Les implants (vis pédiculaires, tiges, plaques, cages intersomatiques) fournissent une fixation immédiate qui permet à l'os de se reconstituer lentement tout autour. La repousse osseuse prend ensuite le relais des implants de sorte qu'il est parfois possible de retirer ces derniers. Ce n'est pas toujours nécessaire.

Avant la fermeture de l'incision, on met en place un système de drainage afin d'éviter l'apparition d'un hématome et d'évacuer les saignements post-opératoires.

Faut-il une transfusion ? Habituellement, la transfusion n'est pas nécessaire. La perte sanguine durant l'intervention est variable en fonction du patient, de l'étendue de l'arthrodèse, de la durée d'intervention et des complications éventuelles. Elle peut être compensée par une autotransfusion (don de son propre sang avant l'intervention), une prise d'érythropoïétine (médicament qui stimule la fabrication des globules rouges) avant l'intervention ou on utilise souvent un récupérateur de sang qui permet de vous re-transfuser votre propre sang. Une transfusion peut malgré tout être nécessaire.

ET APRÈS ?

Vous serez couché sur le dos, 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 et vous apprendront les manœuvres utiles pour vous lever, vous coucher, vous asseoir, vous baisser sans risque pour votre dos.

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

Dès le premier jour post-opératoire, un traitement anticoagulant vous sera administré, sous la forme d'une injection quotidienne. Le but en est de prévenir l'apparition d'une phlébite qui peut avoir des conséquences graves. Une surveillance du traitement par prise de sang régulière est nécessaire.

La sortie de l'hôpital sera envisagée après l'ablation du drainage, et dès que vous aurez retrouvé une certaine autonomie grâce à la rééducation. Le retour à domicile est la règle mais un transfert en maison de rééducation peut s'envisager.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ?

Les complications sont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important. En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté. Voici celles qui sont le plus couramment rencontrées et pour lesquelles nous réalisons une prévention active (cette liste n'est pas exhaustive) :

Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

L'épanchement de sang ou hématome peut survenir sur le trajet de l'intervention ; s'il est volumineux, il peut entraîner une compression des nerfs contenus dans le canal lombaire, et causer douleurs, paralysies, anesthésies, troubles urinaires ou du sphincter anal (incontinence ou rétention) : syndrome de la queue de cheval. Une réintervention pour évacuation de l'hématome est nécessaire.

Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » de la zone opérée. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse pendant l'intervention, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie opératoire (pour aspirer et évacuer le sang).

Une lésion des gros vaisseaux abdominaux (aorte, veine cave, vaisseaux iliaques) situés en avant du rachis, par les instruments utilisés pour vider le disque ou par des vis qui servent à fixer

la colonne, peut entraîner une hémorragie grave, et à l'extrême le décès. Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions (Elle comporte un risque très faible mais non nul de contamination (hépatite, HIV)) et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

Une compression le positionnement sur la table d'opération peut causer des compressions de la peau, des vaisseaux, des nerfs ou, exceptionnellement, des globes oculaires, pouvant, à l'extrême, entraîner une perte de la vision.

une brèche de la dure-mère (enveloppe contenant le liquide céphalo-rachidien et les racines nerveuses) peut survenir pendant l'intervention, en dépit des précautions prises, notamment en cas de réintervention. Elle peut, le plus souvent, être fermée par le chirurgien. Il s'agit alors d'un incident sans conséquence. Elle peut se compliquer par une fuite de liquide céphalo-rachidien, soit contenue dans les parties molles (méningocèle) soit s'écoulant par la cicatrice (fistule). Une infection du liquide céphalo-rachidien risque alors de survenir ; il s'agit d'une complication très rare mais potentiellement grave, demandant un traitement spécifique.

Les infections. Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention. Elle est rare (0,1% à 1% en dépit des précautions prises). Il s'agit le plus souvent d'une infection superficielle, réglée par des soins adaptés.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les antécédents d'infection ; le diabète insulino-requérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hospitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore

résidente du patient peut être introduite dans l'organisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la salle d'opération décontaminé, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'aseptie des mains Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous pouvez recevoir également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs . . .). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une ré-intervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction. Quand elle est détectée rapidement, un simple lavage de la zone opératoire et une mise sous antibiotiques peuvent être suffisants. Elle peut survenir même très longtemps après la chirurgie et peut provenir d'une infection à dis-

tance de l'épaule, comme une infection dentaire ou urinaire. Il faudra donc surveiller attentivement, traiter les infections toute votre vie et prendre bien soin de votre peau en évitant toute plaie qui constituerait une porte d'entrée pour les bactéries.

Les ennuis cicatriciels : désunion de la cicatrice, nécrose (mort de la peau) sont rares. L'évolution est très souvent favorable avec la poursuite des pansements. Ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau (plastie cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs situés près de la zone opérée et qui peuvent souffrir lors des manipulations. Cette complication très exceptionnelle peut occasionner une douleur et une perte de la sensibilité de certaines parties du bras. Les lésions permanentes sont rares. Habituellement, la paralysie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois.

des complications neurologiques peuvent survenir : troubles sensitifs (douleurs, insensibilité, paresthésies) ou troubles moteurs avec paralysie, heureusement beaucoup plus rares, consécutifs à une compression liée au matériel implanté (vis pédiculaire, cage) ou aux manipulations de la racine nerveuse. Ces troubles sont le plus souvent transitoires, très rarement définitifs et peuvent une nécessiter une réintervention pour repositionner un implant par exemple.

Un mauvais positionnement des vis est prévenu par l'utilisation de radioscopie pendant l'intervention, il peut justifier une nouvelle intervention

le risque de lésion d'un autre viscère abdominal (intestin, uretère) est très exceptionnel.

Les complications veineuses . La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé. Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux. Un traitement anticoagulant préventif n'est nécessaire qu'en cas de prédisposition, ou lorsque l'alitement se poursuit au-delà de 24 heures..

Les complications générales

☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie

peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.

- ☞ *Un délire postopératoire.* Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.
- ☞ *Une rétention urinaire.* L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.
- ☞ *Des troubles digestifs* peuvent survenir (ballonnements, retard à la réapparition des selles, exceptionnellement occlusion intestinale). Ils constituent beaucoup plus souvent des désagréments que des complications.
- ☞ *Des nausées.* Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ *Des réactions allergiques.* Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en le médecin immédiatement.

Et des autres complications non encore décrites? Certains antécédents, certaines particularités, affections ou maladies (malformations, diabète, obésité, artérite ou autres affections vasculaires, alcoolisme, tabagisme, toxicomanies, comportements addictifs, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, maladies du foie,

maladies sanguines, tumeurs, séquelles d'interventions ou de traumatismes, etc...) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications particulières, parfois graves, à l'extrême mortelles.

Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

Le résultat obtenu peut-être insuffisant, malgré une technique parfaite, des suites simples et une rééducation bien conduite des douleurs lombaires peuvent persister, souvent moins importantes qu'avant l'intervention, mais la garantie d'une indolence totale est impossible. Il en est de même des douleurs des membres inférieurs (sciatiques ou cruralgies) qui diminuent dans la grande majorité des cas. Leur persistance peut être le fait d'une compression trop longue ou trop sévère, entraînant une lésion de la racine, d'évolution variable, mais pouvant nécessiter la prise prolongée d'antalgiques.

L'intervention sur le niveau opéré ne vous prémunit pas complètement de l'apparition secondaire, d'une lésion sur un autre niveau discal.

Le blocage ou la soudure d'une ou plusieurs vertèbres peut entraîner un excès de travail des disques voisins et accélérer leur vieillissement, pouvant conduire à une ou des réinterventions.

L'absence de consolidation de la greffe (ce risque est particulièrement élevé chez les fumeurs) peut entraîner une persistance ou une récurrence des douleurs. Le diagnostic est souvent difficile et demande des examens complémentaires, le bris du matériel implanté (vis, tige ou plaque) peut être le signe de cette complication et peut conduire le chirurgien à réintervenir pour refaire une greffe, et changer éventuellement les implants.

La mobilisation du matériel c'est à dire l'existence de micro mouvements à l'origine de douleurs, malgré une greffe consolidée peut être liée à une qualité osseuse insuffisante (ostéoporose) peut conduire à des changements de matériel ou leur ablation

L'infection tardive survient soit par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux (peau, urines, bronches, vésicule, sinus, etc.) soit du fait d'une contamination opératoire passée inaperçue, évoluant à bas bruit.

Des douleurs peuvent persister dans certains cas. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication mécanique aux douleurs et que tout est satisfaisant sur les radiographies.

Certaines douleurs lombaires persistantes peuvent être dues à la présence des vis qui font saillie sous les muscle, l'ablation du matériel est

parfois envisagée mais rarement avant un an de façon à ce que la greffe osseuse soit parfaitement consolidée.

Les cicatrices sont inévitables, définitives et indélébiles. La cicatrisation est un processus qui évolue pendant plusieurs mois. La cicatrisation doit être protégée du soleil. La cicatrice reste un mystère. En fait, l'aspect définitif d'une cicatrice est entièrement imprévisible. Dans certaines régions du corps, il existe des tensions importantes de la peau lors des mouvements, et les cicatrices y sont souvent très larges, malgré toutes les précautions prises lors de la suture. Lorsque la cicatrice est anormalement boursoufflée, on parle de cicatrice « hypertrophique » et de cicatrice « chéloïde ». La première s'améliore très lentement mais sûrement. La seconde n'a aucune tendance spontanée à s'améliorer. Finalement, la Nature prend son temps, et il faut avoir la patience d'attendre le résultat, car elle améliore généralement beaucoup les choses. Jusqu'à ce jour, aucune crème, aucune pommade, aucun produit, aucun procédé n'a fait la preuve scientifique de son efficacité pour accélérer le processus de la cicatrisation ou pour améliorer l'aspect d'une cicatrice.

Risques liés au tabagisme Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

Court-on un risque vital ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires

Quelques questions que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

RASSUREZ-VOUS! *Votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas. Le délai de mise en route des traitements de l'ensemble de ces complications, reste un élément très important dans les chances de réussite, il vous appartiendra d'informer votre chirurgien le plus rapidement possible, en cas de présence de la moindre anomalie ou doute.*

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Le suivi par votre chirurgien : Votre chirurgien doit assurer votre suivi et vous convoquera en consultation régulièrement jusqu'à qu'il soit sûr de la consolidation complète, puis une surveillance annuelle sous sera proposée.

Le but de l'intervention est de supprimer les douleurs dans les membres inférieurs et éventuellement les déficits neurologiques qui les accompagnent, d'améliorer votre périmètre de marche.

Les résultats sont régulièrement bons à court et à long terme. Les résultats définitifs sont établis habituellement aux alentours du troisième mois.

Pour ce qui est des douleurs lombaires, l'amélioration peut être plus limitée, car l'arthrose lombaire persiste parfois sur des niveaux non opérés.

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

EN RÉSUMÉ

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 même mettre en jeu la vie du patient

Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader?

Comment se passe l'acte chirurgical et en



avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation? Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) :