

Informations

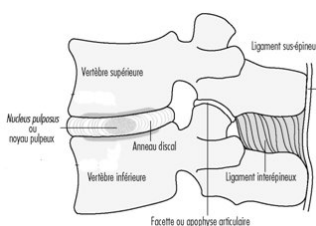
Hernie discale lombaire

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les vertèbres lombaires (L1 à L5) et le sacrum (S1), sont séparées par les disques intervertébraux qui jouent un rôle d'amortisseur. Le disque est formé à sa périphérie d'un manchon fibreux (annulus) résistant et élastique qui maintient la cohésion des vertèbres et en son centre d'un noyau gélatineux (nucléus).

Un ligament épais et solide, le ligament vertébral commun postérieur, parcourt l'arrière des corps vertébraux et des disques. Il contribue à la cohésion des vertèbres lors des mouvements et maintient le disque en arrière.

Le canal rachidien est l'orifice situé derrière les corps vertébraux et les disques, et entre les articulaires postérieures. Il contient les racines des nerfs qui proviennent de la moelle épinière et qui se dirigent vers le bas du corps. La moelle épinière se termine au niveau des dernières vertèbres dorsales, au niveau lombaire le canal rachidien ne contient donc que des nerfs qui forment la « queue de cheval ». Le nerf sciatique est formé par la réunion de deux racines nerveuses, L5 et S1. Ces dernières sortent du canal vertébral en passant derrière les disques.



La hernie discale Le disque est normalement très solide et riche en eau mais son usure naturelle est inévitable par déshydratation (dès l'âge de 30 ans) expliquant sa diminution de hauteur avec l'âge. Cette dégénérescence ne provoque le plus souvent aucune douleur.

Cette « involution » du disque est parfois émaillée de complications dont la survenue d'une hernie discale est la plus fréquente. Tandis que le nucléus se fragmente, l'annulus se fendille et permet à des

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

fragments de nucléus de migrer vers l'arrière du disque. A ce stade, le disque va souvent présenter un simple bombement à sa partie postérieure, c'est la protusion discale, qui peut se traduire par des lombalgies plus ou moins aiguës, parfois des sensations de blocage lombaire (lumbago).

Si l'altération du disque se poursuit et que le nucléus continue son recul à travers l'annulus, il va provoquer une saillie à l'arrière du disque : c'est la hernie discale. La hernie est d'abord maintenue par le ligament postérieur (hernie sous ligamentaire) mais si le ligament se déchire un fragment de disque peut s'exclure (hernie extra ligamentaire) et migrer dans le canal rachidien au contact des nerfs.



La sciatique C'est la douleur dans le territoire innervé par le nerf sciatique. Son trajet descend typiquement dans le membre inférieur, du haut de la fesse jusqu'au bout pied. En fonction de la localisation exacte de la douleur, on peut déterminer quelle racine nerveuse souffre (L5 ou S1) et l'origine de la douleur (disque L4-L5 ou L5-S1).

La cruralgie est une douleur du même type mais son origine provient d'une souffrance d'une ou plusieurs racines du nerf crural situées au niveau des vertèbres L2 à L4

La cause la plus fréquente de la sciatique est la hernie discale mais ce n'est pas toujours le cas. Il peut s'agir de lésions arthrosiques du rachis atteignant les articulaires postérieures ou d'un rétrécissement du canal lombaire. Plus rarement les racines du nerf sciatique peuvent être agressées par d'autres affections de la colonne vertébrale et de son voisinage : lésions traumatiques, tumeurs et métastases, infection. Il peut également survenir une atteinte du nerf sciatique lui-même : zona, névrites

d'origine inflammatoire ou toxique voire métabolique.

Toutes les sciatiques ne proviennent pas d'une hernie discale et une hernie discale peut n'être responsable d'aucune douleur.

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

La plupart des sciatiques par hernies discales guérissent avec un traitement médical (conservateur). Le traitement médical comporte un repos relatif, des anti-inflammatoires ou des corticoïdes, des décontractants musculaires et des antalgiques. Ce traitement médical peut demander 6 à 8 semaines pour être efficace.

En cas d'inefficacité de ce traitement, des infiltrations lombaires de corticoïdes peuvent être proposées. Les éventuels effets secondaires de la cortisone limitent habituellement à 3 le nombre d'infiltrations. L'infiltration est parfois « radioguidée ». Cela permet d'injecter le produit actif de façon beaucoup plus précise sur le site responsable de la douleur, sous contrôle de la radio ou du scanner.

Le port d'un corset rigide améliore souvent la douleur au début d'une crise. L'immobilisation du disque permet une cicatrisation plus rapide. Il faut généralement le porter entre 3 et 5 semaines suivies d'une rééducation active.

La kinésithérapie accompagne souvent le traitement de la lombosciatique. Les massages ont un effet antalgique. Les étirements peuvent parfois « débloquer » la colonne. Toute manipulation doit être très prudente et effectuée par un professionnel après les vérifications nécessaires car elle peut aggraver la situation en provoquant l'expulsion d'une hernie débutante et des complications neurologiques.

Ce n'est que lorsque les traitements médicaux sont inefficaces qu'il faut avoir recours à la chirurgie. La compression du nerf sciatique, quand elle est suffisamment prolongée et/ou importante, peut être responsable de troubles neurologiques qui rendent l'indication opératoire formelle :

- il peut s'agir d'un déficit de la sensibilité qui comporte de manière variable des douleurs dans les membres inférieurs, des sensations de fourmillements ou de picotements (paresthésies), des sensations de perturbation de la sensibilité (dysesthésies) pouvant aller jusqu'à une perte complète de la sensibilité (anesthésie).
- Il peut s'agir d'un trouble de la motricité qui survient dans le territoire du nerf. Le plus fréquent est le déficit des muscles releveurs du pied. On constate alors une boiterie (steppage) par impossibilité de relever la pointe du pied. L'atteinte

du nerf crural est responsable d'un déficit de force de la cuisse. L'atteinte des dernières racines sacrées est responsable de troubles des sphincters avec une insensibilité des parties génitales et des difficultés à uriner ou à la défécation.

- Lorsque plusieurs racines nerveuses sont atteintes on parle de « syndrome de la queue de cheval ». Il s'agit d'une urgence chirurgicale car les troubles neurologiques peuvent être définitifs. Exercée en permanence, la pression de la hernie discale peut entraîner des lésions irréversibles.

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 tomодensitométrie), une sacroradiculographie (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 Le principal but de l'intervention, est de supprimer la compression du nerf libérer la racine nerveuse comprimée en enlevant la hernie discale. Il faut également vider le disque en enlevant les fragments de nucleus qui sont abîmés et qui pourraient être à l'origine d'une nouvelle hernie discale. Parfois, si des phénomènes ar-

throsiques s'ajoutent à la hernie, il faut libérer le nerf comprimé par un ostéophyte (bec de perroquet) ou par un ligament trop épais.

Une intervention chirurgicale ne sera envisagée que :

- Si le traitement médical est insuffisant à soulager la douleur (sciatique hyperalgique) ou en cas de sciatique chronique ou récidivante incompatible avec un mode de vie normal,
- Si il existe une situation d'urgence avec risque de lésion neurologique irréversible : déficit moteur (sciatique paralysante), douleur intolérable non soulagée par les morphiniques (sciatique hyperalgique), syndrome de la queue de cheval (troubles périnéaux, dysfonctionnements sphinctériens en particulier urinaires).

Comment se déroule cette intervention ? Elle se déroule le plus souvent sous anesthésie générale. Le patient est installé sur le ventre. Le niveau à opérer est marqué sur la peau après repérage en s'aidant de la radio. Après une désinfection soigneuse de la peau et la pose des champs opératoires stériles, une courte incision (3 à 5 cm) est faite au niveau d'un espace intervertébral.

Le ligament qui ferme le canal rachidien en arrière est ouvert pour accéder aux racines nerveuses. Si la hernie est exclue du disque et que le ligament vertébral commun postérieur est déchiré, il est souvent facile d'extirper la hernie après l'avoir dissociée du nerf. Dans le cas contraire, le ligament est incisé et la hernie est enlevée. Il faut rechercher un éventuel fragment de disque qui aurait migré. Le disque est ensuite soigneusement cureté et la quasi-totalité du nucléus est enlevée, afin d'éviter qu'un fragment libre ne se mobilise et entraîne une récurrence de la compression.

Dans d'autres cas, l'abord peut être plus large et la libération de racine peut exiger un geste de libération complémentaire. Il est parfois nécessaire d'enlever une partie de la vertèbre (foraminotomie, arthrectomie, laminectomie) pour libérer suffisamment la ou les racines comprimées.

Le disque ayant été vidé, perdra un peu de hauteur, on pourrait le constater sur des radios de contrôle. Cela n'a aucune conséquence particulière et il est inutile de remplacer le nucléus. Un tissu de cicatrisation va occuper l'espace discal en quelques semaines.

L'utilisation du microscope opératoire est possible. La cicatrice est plus petite, la voie d'abord est limitée à l'espace compris entre deux vertèbres sans devoir s'élargir sur l'os ou les articulations. Le geste est plus fin et le chirurgien distingue mieux le nerf et ce qui l'entoure. Souvent, l'intervention est plus rapide, moins hémorragique et les suites plus simples.

Une intervention chirurgicale laisse toujours des traces cicatricielles, superficielles et profondes.

Faut-il une transfusion ? Le saignement durant l'intervention est minime. Une transfusion n'est habituellement pas nécessaire.

ET APRÈS ?

L'hospitalisation La durée habituelle de l'hospitalisation pour une intervention de hernie discale non compliquée est de 3 à 4 jours.

Votre arrivée à la clinique est prévue la veille ou le matin de l'intervention. Vous devrez être à jeun à partir de 8h le matin. Il faut vous munir de l'ensemble de vos documents médicaux, notamment votre scanner et ou IRM et vos radiographies de la colonne vertébrale, même si elles sont anciennes. Munissez-vous de vos traitements habituels et des dernières ordonnances.

Si vous êtes fumeur, il vous est fortement recommandé de diminuer ou d'arrêter votre consommation les jours précédents l'intervention.

Avant l'intervention, vous devrez prendre une douche à l'aide d'un savon antiseptique (Bétadine®). Avant d'aller au bloc opératoire, vous recevrez généralement une prémédication.

Après l'intervention, vous resterez 1 à 3 heures en salle de réveil où une surveillance étroite est effectuée et le protocole antidouleur mis en place. Dès votre réveil, vous recevrez des médicaments antidouleur par perfusion. Le jour de l'intervention, vous resterez couché ainsi que la première nuit. Vous pourrez dormir sur le dos ou sur le côté si cela est votre habitude, mais pas sur le ventre.

Il ne faut pas vous asseoir ni vous lever avant le lendemain. Un oreiller est autorisé et vous pourrez relever légèrement la tête du lit. Vous pourrez boire et manger quelques heures après l'intervention. Le personnel vous aidera pour vos besoins ; s'il vous est impossible d'uriner en position couchée, vous pourrez être assis ou levé mais ne le tentez pas sans l'aide du personnel.

La douleur post opératoire est normalement peu importante. Il s'agit surtout d'une gêne au niveau de la cicatrice. Vous recevrez tous les antalgiques nécessaires.

Un drain est parfois mis en place durant l'intervention pour éviter la survenue d'un hématome. Il ne vous gênera pas ou peu et sera enlevé sans douleur au 2^{ème} ou 3^{ème} jour.

Dès le lendemain de l'intervention vous serez levé avec l'aide du kinésithérapeute ou des infirmières qui vous indiqueront comment éviter les gestes dangereux pour votre dos. Vous pourrez faire votre toilette au lavabo et vous asseoir sur une

chaise pour le petit déjeuner. Il ne faut pas s'asseoir sur le lit.

La perfusion est généralement enlevée dès le premier matin et remplacée par des cachets contre la douleur.

Il est assez habituel que des douleurs ou des fourmillements (paresthésies) surviennent dans le territoire du nerf sciatique le surlendemain de l'intervention, moins importantes qu'auparavant, elles sont dues à l'œdème postopératoire et cèdent à la prise d'anti-inflammatoires. Les jours suivants, vous constaterez que votre autonomie s'élargie rapidement, vous permettant de vous déplacer dans les couloirs, de prendre l'ascenseur puis l'escalier. Le kinésithérapeute passera vous voir quotidiennement pour vous montrer les « bons gestes » et quelques exercices d'assouplissement.

Le pansement est enlevé à J+3 et vous pouvez alors vous doucher.

La sortie est habituellement prévue à J+3 ou J+4 en fonction de votre autonomie. Le retour peut se faire en voiture particulière en se tenant assis. Il ne faut pas chercher à s'allonger dans la voiture mais plutôt redresser le siège. Si vous habitez loin de la clinique il est préférable de demander une ambulance.

Une ordonnance vous sera délivrée pour faire enlever les fils par une infirmière à domicile une semaine après l'intervention. Une fois les fils enlevés, vous pourrez prendre un bain en vous méfiant des baignoires profondes dont il est difficile de sortir. Une autre ordonnance de médicaments vous permettra de poursuivre le traitement commencé à la clinique. Les antalgiques ne sont pas obligatoires et doivent être adaptés à votre douleur.

L'arrêt de travail nécessaire est habituellement de 5 à 6 semaines. Vous aurez un rendez-vous pour une consultation de contrôle 4 à 5 semaines après l'intervention.

Précautions et recommandations après l'intervention. Il est normal qu'une gêne lombaire persiste les premières semaines, surtout lors des mouvements du tronc et en position assise. Il est également habituel que persiste une gêne dans le territoire sciatique où vous aviez mal avant l'intervention. Il peut s'agir de « fourmillements » ou d'une zone « endormie » souvent au niveau du pied. Ces phénomènes durent entre 10 jours et plusieurs mois et sont fonction de l'importance de l'atteinte du nerf sciatique et de sa durée d'évolution avant l'intervention.

Il est le plus souvent inutile, voire non recommandé, de porter une ceinture lombaire de contention après l'intervention ; sauf si elle vous est spécifiquement prescrite ou éventuellement pour le trajet de retour à domicile.

La kinésithérapie lombaire est inutile, voire dangereuse, les premières semaines. Vous pourrez continuer à domicile les exercices recommandés par le kinésithérapeute pendant votre hospitalisation. La première semaine après votre sortie, il faut vous reposer en alternant l'alitement et la marche. Il faut éviter la station assise prolongée, qui est souvent mal tolérée et utiliser une chaise droite, si possible avec des appuis-bras. Il faut éviter les fauteuils profonds et les canapés où le dos « s'enfonce » et s'arrondi. De même, il faut utiliser un matelas ferme. Il faut éviter de dormir sur le ventre durant les premières semaines. Le lit médical est inutile. Si votre lit est à l'étage vous pourrez monter et descendre les escaliers sans difficultés.

Les trajets automobiles doivent être évités pendant 3 semaines même si vous ne conduisez pas. Par la suite, évitez les étapes de plus d'une heure pour sortir de la voiture et marcher quelques pas. Utilisez les gestes recommandés pour monter et descendre de voiture. La conduite en moto peut être reprise pendant le premier mois (hors tout terrain). Méfiez-vous cependant des béquillages difficiles, des efforts de traction ou de poussée et des positions de conduite couchée.

Il ne faut pas rester inactif. La marche est fortement recommandée. Elle doit être quotidienne en augmentant progressivement son périmètre. Vous pourrez très rapidement aller à la piscine et faire du vélo. Le jogging à petites foulées est souvent possible après quelques semaines. Adaptez ces activités en fonction de celles que vous aviez auparavant.

Il faut s'interdire pendant un mois environ le bricolage « lourd » et le jardinage qui soumettent votre dos à des contraintes de flexion forcée et de charge. Il faut toujours adapter son activité à l'apparition éventuelle des douleurs ou d'une gêne et ne pas se forcer à des activités prolongées sans repos et sans changement de position. Le port de charges de plus de 10 kg est interdit les premières semaines. Il n'y a pas de contre-indications aux activités sexuelles si elles ne réveillent pas de douleurs. Dans les actes de la vie courante il faut soumettre sa colonne à des gestes adaptés, surtout pour se baisser ou pour porter. Il n'y a pas de geste totalement interdit si le mouvement ne réveille pas de douleur et ne soumet pas la zone opérée à des contraintes trop importantes. Habituellement, une vie quotidienne normale est reprise un mois après l'opération. Des séances de kinésithérapie sont souvent prescrites après le premier mois. Elles peuvent utiliser la balnéothérapie.

Les activités sportives habituelles sont généralement reprises après 2 à 3 mois en entraînement et 4 à 6 mois en compétition. La date de reprise du travail (un à deux mois) est fonction du type d'acti-

tivité professionnelle et de la durée de trajet. Elle est déterminée le plus souvent lors de la consultation de contrôle.

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 ave (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. 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 plupart de ces complications guérissent sans séquelles, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser subsister des séquelles graves et définitives.

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 (ménincoèle) 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.

Une brèche dans l'enveloppe qui entoure les nerfs (méninco) est possible et peut provoquer une fuite du liquide contenu dans les méninges. Des maux de tête passagers peuvent survenir. 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. Le risque de survenue d'une brèche est plus important en cas de réintervention. Elle oblige souvent après l'opération à rester allongé en permanence quelques jours.

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, adap-

tée 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 distance 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. Cette complication se traduit par un déficit sensitif et/ou moteur dans le territoire correspondant des membres inférieurs. Ce type de risque est aggravé par l'importance de la compression nerveuse avant l'intervention et sa durée, ainsi que par des circonstances anatomiques particulières et dans les cas de reprise chirurgicale. Ces troubles sont le plus souvent transitoires, très rarement définitifs et peuvent nécessiter une réintervention pour repositionner un implant par exemple.

La paralysie complète (exceptionnelle) ou partielle (très rare) des membres inférieurs, de la vessie ou du rectum généralement du à un hématome peut survenir après l'opération. Elle impose une nouvelle intervention en urgence. La récupération est fréquente mais pas automatique.

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.

Fibrose postopératoire : il s'agit de la cicatrice au contact du nerf, là où se situait la hernie discale et que l'on retrouve toujours sur un scanner ou une IRM de contrôle. Cette cicatrice est toujours présente mais plus ou moins abondante et peut parfois être responsable de la persistance de douleurs après l'intervention.

Récidive : bien que le disque soit soigneusement vidé, il est possible qu'un fragment restant soit

responsable d'une nouvelle hernie. Le risque est estimé entre 2 et 5 %. La reprise trop précoce d'activités lourdes durant la cicatrisation du disque augmente ce risque.

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 muscles, 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 boursouflée, 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. Cepen-

dant 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 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

Les suites d'une intervention pour hernie discale sont régulièrement excellentes. Les complications sont très rares, moins de 1% et ne surviennent le plus souvent que chez les patients présentant des facteurs de risque associés. Les différentes études sur de grandes séries de patients opérés montrent les résultats suivants :

- Bons (disparition des douleurs, reprise d'une vie normale) : 85 %
- Moyens (amélioration mais persistance de lombalgies et/ou sciatalgies) : 10 %
- Mauvais (persistance de la douleur, récurrence) : 5 %

EN RÉSUMÉ

Il faut souligner que la qualité des résultats est en fonction de divers facteurs comme la durée d'évolution et l'intensité de la sciatique avant l'intervention, le type d'activité, le contexte psychologique. Cet objectif est atteint dans environ 85% des cas. Dans environ 10% des cas le résultat, n'est pas satisfaisant.

L'explication tient entre autres au fait que les troubles ne proviennent pas uniquement de la hernie opérée, mais d'une lésion préexistante du rachis ou de pathologies non discales mais tient souvent à la longueur de la souffrance pré-opératoire.

Il n'est jamais possible d'assurer que les troubles sensitifs ou moteurs disparaîtront complètement : la racine nerveuse peut avoir été comprimée trop longtemps et avoir été abîmée.

L'intervention ne remet pas le disque à neuf. Les lésions de dégénérescence discale persisteront et une partie plus ou moins importante des douleurs lombaires persistera après l'opération. Aucune intervention ne remet l'organisme à neuf. Aucun résultat n'est jamais garanti à 100%.

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

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

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) :