

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# ARTHRODÈSE POSTÉRIEURE DORSALE OU LOMBAIRE

---

### → PATIENT(E)

Nom

Prénom

---

### → NATURE DE L'INTERVENTION

---

---

### LA PATHOLOGIE

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 sciatiques 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.

### 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.

### 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.

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 sera prélevé localement sur la partie postérieure du bassin, des substituts osseux peuvent être également utilisés. La greffe osseuse est également placée en arrière des vertèbres (greffe postérolatérale) et quand cela est possible entre les vertèbres en avant placée dans une cage (souvent radio-transparente) ce qui permet de retrouver la hauteur originelle du disque affaissé. Pour immobiliser les segments et en attendant la consolidation osseuse, il est nécessaire de mettre en place du matériel d'ostéosynthèse métallique vissé dans les vertèbres. Les vis sont ensuite réunies par des barres. (voir également les fiches spéciales pour l'arthrodèse antérieure et postérieure).

## AVANT L'INTERVENTION

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 standards, des radiographies dynamiques en flexion et en extension, un scanner (ou tomodensitométrie), 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 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 bénéfico-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.**

## 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 l'arrière. Le niveau à opérer est repéré radiologiquement. On incise alors longitudinalement, 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. 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. On utilise souvent un récupérateur de sang qui permet de vous re-transfuser votre propre sang.

## APRÈS L'INTERVENTION

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.

## LES RÉSULTATS ATTENDUS

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.

## COMPLICATIONS

### Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle tout seul. Le risque s'il augmente de façon importante, est de comprimer les voies respiratoires, ou même la moelle épinière et peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

### Plus rarement

Les risques concernant les vaisseaux sanguins : les lésions de vaisseaux sont très exceptionnelles car cette chirurgie n'est pas proche des grands axes vasculaires qui sont situés en avant des vertèbres.

Les lésions des racines ou du contenu du canal central (la queue de cheval, il n'y a plus de moelle épinière en région lombaire) sont exceptionnelles, il peut en résulter des pertes de sensibilité ou des troubles paralytiques. Les lésions neurologiques peuvent être liées à des étirements simples et sont le plus souvent régressifs.

La méninge peut être blessée, entraînant une fuite du liquide céphalo-rachidien, cette fuite n'a habituellement pas de conséquence mais elle nécessite de prolonger l'alitement pendant la période d'hospitalisation.

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

L'infection du site opératoire, dite infection nosocomiale. Peut toujours se produire, en règle générale, l'identification du germe en cause, et la prescription d'antibiotiques adaptés, éventuellement accompagnées d'un nettoyage chirurgical secondaire, permettent la guérison complète. L'infection peut nécessiter une intervention de nettoyage ou de ponction pour mettre le germe en évidence.

L'alitement et les risques individuels (diabète, varices, etc.) peuvent majorer le risque de phlébite des membres inférieurs (caillot dans les veines). Cette phlébite est susceptible d'entraîner une embolie pulmonaire, risque majeur de cette affection, habituellement correctement limité par la prescription des médicaments anticoagulants, lorsque le terrain du patient comporte un tel risque.

La non-soudure de deux vertèbres, la consolidation osseuse après greffe osseuse peut être compromise en cas de diabète et de tabagisme, et conduire à une absence de soudure (pseudarthrose) qui peut nécessiter une nouvelle intervention en vue de parfaire cette consolidation.

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

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.

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.

**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.**

## 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.

---

## 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.***

---

## QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales 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 et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi 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 et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

**Si vous utilisez la version numérique :**

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

**Si vous utilisez la version manuscrite :**

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

*Pages précédentes à parapher*