

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

OSTÉOTOMIE D'EXTENSION LOMBAIRE TYPE SMITH-PETERSEN

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

DE QUELLE PATHOLOGIE SOUFFREZ-VOUS ?

Le rachis dans son ensemble quand on le regarde de profil permet un équilibre musculaire économique grâce aux trois courbures : cervicale en lordose, dorsale en cyphose et lombaire en lordose également.

De nombreux états pathologiques peuvent perturber cet équilibre, le plus souvent il en résulte une situation plus « penchée en avant » :

- demandant : un effort musculaire permanent et souvent douloureux de toute la chaîne musculaire postérieure,
- limitant la fonction de la marche,
- pouvant dans les cas les plus marqués en cyphose imposer une flexion exagérée des hanches et des genoux pour s'équilibrer,
- prédisposant à la dégénérescence plus rapide des disques par surpression.

LES CAUSES HABITUELLES

- Post-traumatique, la colonne dorsale ou lombaire s'est consolidée spontanément en flexion (cyphose)
- Cyphose compliquant les scolioses
- Après un chirurgie de fusion :
 - Scoliose traitée par arthrodèse antérieure trop courte (Dwyer, Zielke) ou allongeant la partie postérieure,
 - Chirurgie d'arthrodèse postérieure (pour fracture ou pour raisons dégénératives) faite sans respecter les courbures en lordose, ou compliquée d'un dos plat,
 - Arthrodèse lombo-sacrée compliquée de cyphose locale.
- Dans le cadre de pathologies médicales :
 - Ostéoporose, ostéoporose juvénile idiopathique,
 - Mucopolysaccharidoses, maladie de Marfan ou Ehler-Danlos, neurofibromatoses type I, ostéochondrodysplasie, cyphoses paralytiques, maladie de Charcot-Marie-Tooth,
 - Spondylarthrite ankylosante,
 - Ostéogénèse imparfaite, maladie des épiphyses pontuées,
 - Dystrophie rachidienne de croissance ou maladie de Scheurmann,
 - Cyphoses congénitales (syndrome malformatif du corps vertébral antérieur,
 - Cyphoses infectieuses : spondylodiscite, mal de Pott,
 - Cyphoses tumorales ou liées à la radiothérapie.

QUELLES INDICATIONS POUR UNE OSTÉOTOMIE ?

Les ostéotomies s'adressent aux patients dont la déformation est fixée ou irréductible par corset.

Il est parfois nécessaire de réaliser plusieurs ostéotomies de Smith-Petersen pour obtenir la correction souhaitée si l'angle de déformation est important, n'escomptant que 5° à 10° par niveau.

Dans les déformations les plus graves, une chirurgie de consolidation par en avant est nécessaire en raison des lésions discales éventuelles.

L'intervention est envisagée souvent après l'échec des thérapeutiques médicales ou même en vue de la préparation à l'acte chirurgical comme les mises en traction (réalisées plus souvent chez l'enfant) quelles soient faites au lit, par corset expansif ou d'une simple préparation par plâtre pendant 6 à 8 semaines.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une ostéotomie de Smith Petersen. 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.

LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'ostéotomie de Smith-Petersen associe l'ostéotomie proprement dite et l'arthrodèse postérieure.

L'ostéotomie consiste à enlever les articulations postérieures et une partie des épineuses de façon à pouvoir courber la colonne en arrière.

L'arthrodèse postérieure consiste à stabiliser la colonne au moyen de vis perforant les pédicules et reliées par des tiges qui sont préalablement cintrées à la courbure voulue.

L'arthrodèse est complétée de greffes (prises sur le patient comme la crête iliaque ou les massifs épineux, et/ou additionnées de compléments osseux de banque d'os ou de calcium synthétique) qui sont positionnées autour de tiges en zone postérolatérales.

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.

L'importance du saignement pendant l'intervention est grande et le patient doit être préparé soigneusement avant l'intervention (stimulation de la production de globules rouges par EPO, autotransfusion, récupérateur de sang pendant l'intervention et commande de sang à transfuser avant l'intervention).

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. Les libérations étendues de la colonne surtout en région dorsale où se situe la moelle épinière et les ostéotomies vertébrales comportent un risque neurologique important nécessitant une grande prudence chirurgicale et parfois un contrôle peropératoire du fonctionnement neurologique par les potentiels évoqués (enregistrement du fonctionnement de la moelle épinière pendant l'opération) dans les grandes déformations.

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 accompagnée d'un nettoyage chirurgical secondaire, permet 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 mobilisation secondaire des vis peut être due à l'ostéoporose ou à l'absence de consolidation.

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 vous sera proposée.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION DE LA COLONNE

- 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