

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

TRAITEMENT PAR ARTHRODÈSE ANTÉRIEURE D'UN SPONDYLOLYSTHÉSIS LOMBAIRE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

DE QUELLE MALADIE SOUFFREZ-VOUS ?

Il s'agit du glissement d'une vertèbre vers l'avant. Ce glissement est plus ou moins important (4 stades de gravité croissante), pouvant à l'extrême entraîner une « chute » de la vertèbre dans le bassin (spondyloptose).

QU'ELLE EN EST LA CAUSE ?

Les 2 causes les plus fréquentes sont :

→ Le spondylolisthésis isthmique, dû à une spondylolyse, (séparation d'une partie de la vertèbre appelée « isthme »), séparant la vertèbre en 2 parties, une partie arrière restant solidaire de la vertèbre du dessous, une partie avant (le corps) qui glisse. La fracture ne se produit pas lors d'un seul traumatisme, mais il s'agit d'une « fracture de fatigue » liée à la répétition de contraintes excessives sur l'isthme. C'est pour cette raison que cette lésion s'observe plus fréquemment chez les sportifs pratiquant des activités comportant des hyperlordoses (accentuation de la cambrure du bas du dos) importantes. Il s'agit d'une lésion fréquente (8% de la population), souvent longtemps bien tolérée.

→ Le spondylolisthésis dysplasique, d'origine congénitale, secondaire à une malformation de la dernière vertèbre lombaire dont une partie (l'isthme) est anormalement allongée.

COMMENT SE MANIFESTE-T-IL? QUELLE EST SON ÉVOLUTION SPONTANÉE EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ?

Le spondylolisthésis est longtemps bien toléré, même chez les sportifs.

Il peut cependant être à l'origine :

→ De lombalgies (douleurs du bas du dos), surtout en rapport avec l'instabilité (mouvements anormaux) des vertèbres,

→ De sciatiques (douleurs selon un trajet précis le long de la jambe), dues à la compression d'une des racines du nerf sciatique par le déplacement de la vertèbre.

La dégradation clinique correspond au vieillissement du disque qui est le seul élément à prendre en charge les contraintes.

La découverte d'un spondylolisthésis n'est donc habituellement pas une contre-indication à la pratique du sport de loisirs. La pratique d'un sport « à risque » (gymnastique, plongeon, haltérophilie, saut en Fosbury) à haut niveau doit cependant être discutée.

Un spondylolisthésis peut rester stable ou s'aggraver, particulièrement chez l'enfant, nécessitant une surveillance clinique et radiologique rapprochée.

Le pronostic neurologique est habituellement bon, les complications (paralysies des racines du nerf sciatique, syndrome de la queue de cheval) sont rares, et ne surviennent que sur des spondylolisthésis évolués.

COMMENT FAIT-ON LE DIAGNOSTIC ?

À l'examen du patient, en décelant un dénivelé au niveau du bas du dos, un excès de lordose ou en constatant une rétraction anormale de certains muscles situés derrière la cuisse (ischio-jambiers).

Sur les radiographies standard surtout. Elles permettent de décrire le stade de glissement et de rechercher d'autres lésions associées (arthrose des niveaux supérieurs).

Le scanner peut avoir un intérêt pour déceler une spondylolyse peu évoluée.

L'IRM peut permettre d'éliminer une autre lésion associée, et d'apprécier l'état des disques adjacents.

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS POSSIBLES

→ Dans les formes légères ou débutantes.

Une prise en charge purement médicale est habituellement recommandée : travail rééducatif et contrôle de la posture. Parfois le port d'un corset de maintien pour traiter des crises douloureuses marquées est prescrit.

→ Dans les formes douloureuses plus sévères ou avec troubles neurologiques.

Une chirurgie visant à bloquer définitivement le niveau instable peut être discutée surtout si le retentissement sur la qualité de vie est marqué.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une opération par voie antérieure de votre spondylolisthésis. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

L'intervention se déroule au bloc opératoire sous anesthésie générale, le patient positionné sur le dos. La durée de l'intervention est de deux heures environ.

Deux techniques de fixations sont possibles :

Par l'arrière, c'est l'arthrodèse postérieure, ou par l'avant, c'est l'arthrodèse antérieure. Les deux techniques peuvent être associées en un temps ou en deux temps.

L'arthrodèse antérieure consiste à fixer la vertèbre glissante en abordant la colonne par devant. Elle vise à arrêter le déplacement, à libérer les racines nerveuses et dans le meilleur des cas à repositionner la vertèbre glissante dans sa position d'origine.

Elle nécessite la mise en place, après avoir enlevé le disque malade, d'un espaceur (cage) entre les deux vertèbres (le plus souvent entre la cinquième vertèbre lombaire et le sacrum). Cette cage est remplie d'os. Cet os peut être pris au niveau des crêtes iliaques, à partir d'os de banque ou même remplies de substitut osseux de synthèse.

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. 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 postopératoires.

LES SUITES POSTOPERATOIRES

Habituellement, les douleurs radiculaires disparaissent rapidement, les douleurs lombaires plus lentement, quelques semaines. Un lombostat souple ou rigide (corset lombaire) vous aidera également à lutter contre la douleur liée aux risques de contractures, pendant une durée de trois à six semaines.

Vous êtes en général autorisé à vous lever le soir même ou le lendemain de votre intervention, la durée d'hospitalisation varie entre deux et cinq jours, le drainage étant enlevé en général au deuxième jour.

Il existe aussi des traitements complémentaires. Le risque de phlébite est rare en raison d'un lever précoce, il est habituel de prescrire un traitement anticoagulant postopératoire pendant la durée d'hospitalisation, parfois plus longtemps si vous avez des risques de phlébite élevés.

Les fils ou agrafes cutanées sont enlevés entre 5 et 10 jours postopératoires.

Une radiographie postopératoire est réalisée, soit en salle d'opération soit en cours de l'hospitalisation.

LES RISQUES DE LA CHIRURGIE

Les plus fréquents

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Le risque s'il augmente de façon importante, est de comprimer les structures nerveuses 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 mais les grands axes vasculaires sont situés en avant des vertèbres (Aorte veine cave et vaisseaux iliaques ; le risque est minimisé par la présence d'un chirurgien vasculaire (soit en aide opératoire soit présent dans l'établissement) lorsque l'on procède à une chirurgie par voie antérieure.

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.

La méninge peut être blessée, entraînant une fuite du liquide céphalo-rachidien, elle ne peut pas être suturée, la colle hémostatique suffit souvent à résoudre le problème, il ne faut alors pas drainer en postopératoire. Cette fuite n'a habituellement pas de conséquence mais elle nécessite de prolonger l'alitement pendant la période d'hospitalisation.

Pour le traitement chirurgical par en avant : Un mauvais positionnement de la cage est prévenu par l'utilisation de radioscopie pendant l'intervention.

L'atteinte de la chaîne sympathique engendre une augmentation de la chaleur locale du membre inférieur par son effet vasodilatateur souvent temporaire ; l'élongation du nerf abdomino-génital une paresthésie de la face antérieure de cuisse ; les lésions du plexus pré-sacré une sécheresse vaginale ou une éjaculation rétrograde.

Une distension exagérée lors de l'ouverture des plateaux peut entraîner une tension excessive sur les racines, source de douleurs sciatiques normalement régressives (moins souvent en cas de chirurgie de reprise avec fibrose périradiculaire).

Les lésions digestives sont exceptionnelles, les brèches péritonéales sont facilement suturées et sans conséquences, la voie transpéritonéale peut se compliquer à distance d'occlusion sur bride. Les éventrations sont plus souvent rencontrées dans les voies rétropéritonéales. L'atteinte de l'uretère gauche est plus souvent décrite dans les chirurgies de reprise (mise en place d'une sonde rétrograde).

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.

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.

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