



Feuillet d'information complémentaire à l'attention du patient

HERNIE DISCALE LOMBAIRE

Madame, Monsieur,

Suite aux examens, une hernie discale au niveau du rachis lombaire a été diagnostiquée ; il faudrait l'opérer. Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé des risques encourus et des suites prévisibles de l'intervention, même celles exceptionnelles. Le médecin vous expliquera en consultation pourquoi l'opération est nécessaire et comment elle peut se dérouler. Ce document vous aidera à vous souvenir de cet entretien.

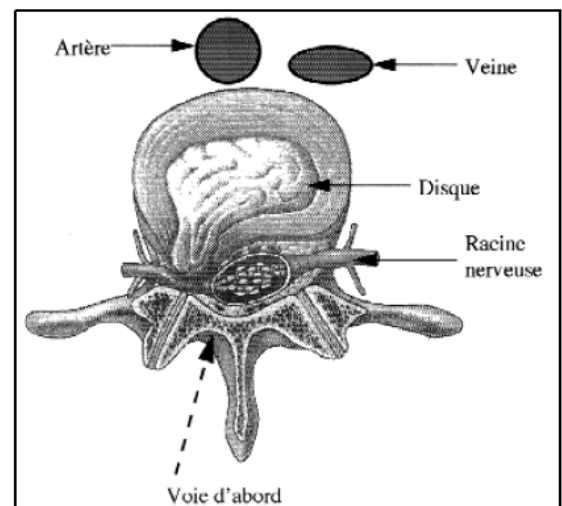
1. QU'EST CE QU'UNE HERNIE DISCALE LOMBAIRE ?

La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée de vertèbres, au milieu desquelles passe le canal rachidien. Le canal rachidien abrite la moelle épinière, qui se termine à hauteur de la 2ème vertèbre lombaire. Au-delà, elle se prolonge uniquement par un ensemble de fibres nerveuses appelé queue de cheval. Celles-ci quittent le canal rachidien sous forme de racines nerveuses par des ouvertures, les trous de conjugaison, situé(e)s à hauteur des disques intervertébraux.

Les disques intervertébraux relient les corps vertébraux, assurent la mobilité de la colonne et amortissent les pressions et les chocs. Chaque disque est constitué d'un anneau fibreux périphérique (annulus) renfermant un noyau central gélatineux (nucléus). La dégénérescence discale débute, après une phase de déshydratation asymptotique, par des déchirures de l'anneau fibreux.

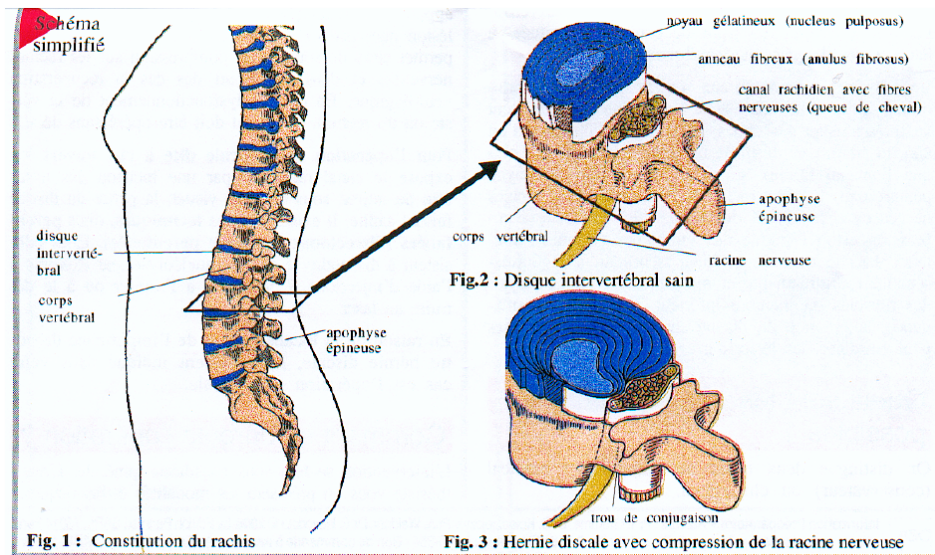
Le noyau peut alors migrer dans l'épaisseur de l'anneau et entraîner des douleurs lombaires aiguës ou chroniques.

S'il se déplace encore plus au travers de l'anneau, le noyau peut faire saillie à la face postérieure du disque en formant alors une HERNIE DISCALE. Cette hernie peut migrer dans le canal vertébral et même s'exclure en sortant du disque.



Cette hernie peut migrer dans le canal vertébral et même s'exclure en sortant du disque.

Cette hernie discale peut venir comprimer ou « coincer » une ou plusieurs racines nerveuses situées à proximité du disque. Elle est la cause des symptômes : sciaticque lorsque la douleur est en arrière de la cuisse, cruralgie lorsque la douleur est en avant de la cuisse. Elle 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), une perte de force musculaire ou paralysie partielle ou complète ou des troubles sphinctériens. Exercée en permanence, la pression de la hernie discale peut entraîner des lésions irréversibles.



2. EVOLUTION ET TRAITEMENTS POSSIBLES

La plupart des sciaticques par hernies discales (80 à 90%) guérit avec un traitement médical (conservateur).

Le traitement médical comporte un repos relatif, des anti-inflammatoires (voire 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.

Une intervention chirurgicale ne sera envisagée que :

- si le traitement médical est insuffisant à soulager la douleur
- s'il existe une situation d'urgence avec risque de lésion neurologique irréversible : déficit moteur (sciaticque paralysante), douleur intolérable non soulagée par les morphiniques (sciaticque hyperalgique), syndrome de la queue de cheval (troubles périnéaux, dysfonctionnements sphinctériens en particulier urinaires).

L'élément principal conduisant à proposer une intervention chirurgicale, en dehors des situations d'urgence décrites, est l'intolérance du patient à la douleur.

Une hernie discale découverte de manière fortuite sur le scanner ou l'IRM et ne donnant aucun symptôme ne doit pas conduire à une intervention.

3. OBJECTIFS DE LA CHIRURGIE ET BENEFICES ESCOMPTES

Le but de l'intervention est de libérer la racine nerveuse comprimée par la hernie discale, et de faire disparaître la douleur de sciatique. 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.

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.

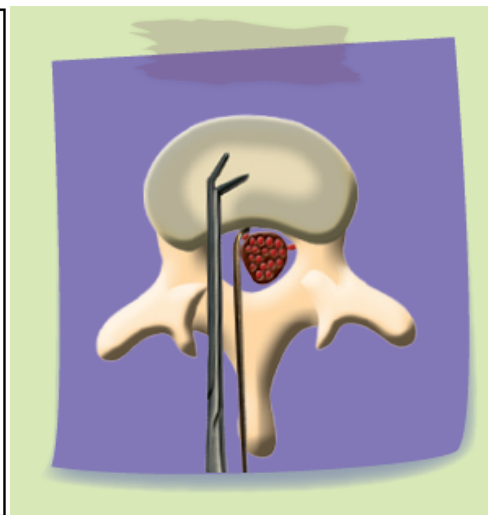
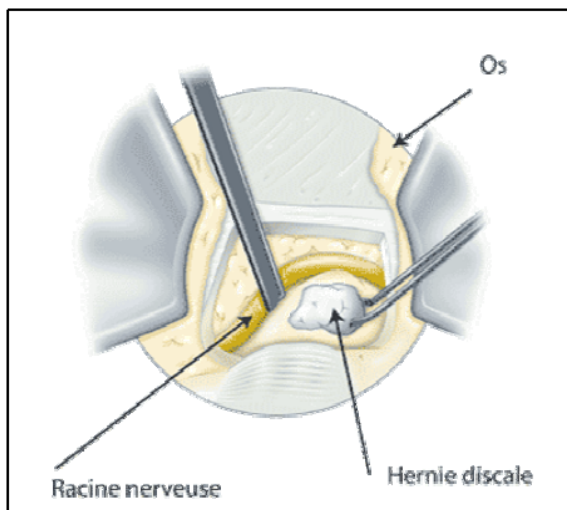
L'intervention ne remet pas le disque à neuf. Les lésions de dégénérescence discale persisteront et une partie plus ou moins importante des douleurs lombaires persistera après l'opération.

Aucune intervention ne remet l'organisme à neuf. Aucun résultat n'est jamais garanti à 100%.

4. DEROULEMENT DE L'INTERVENTION

Le but de l'intervention est de libérer la racine nerveuse de la compression. Elle se déroule le plus souvent sous anesthésie générale. Le chirurgien accède au canal rachidien entre 2 vertèbres par une courte incision (3 à 5 cm), puis au disque intervertébral en réclinant latéralement la ou les racines. Il retire la hernie discale et vide le centre du disque, afin d'éviter qu'un fragment libre ne se mobilise et entraîne une récurrence de la compression.

Le disque n'est jamais entièrement enlevé.



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. Une transfusion n'est habituellement pas nécessaire.

5. LES SUITES DE L'INTERVENTION

Les suites sont peu douloureuses bien contrôlées par le traitement analgésique. La douleur de sciatique disparaît soit dès le réveil, soit après quelques jours ; la paralysie demande au moins plusieurs jours à récupérer ; les troubles de la sensibilité demandent souvent plusieurs semaines avant de régresser. Une récupération complète des troubles sensitifs ou moteurs n'est jamais certaine.

Après l'intervention, le patient ressent des **douleurs désagréables dans la région opérée et dans le dos**. Elles seront en règle générale très bien soulagées par la prise d'antalgiques. En revanche, des douleurs persistantes dans le dos, ou apparaissant quelques semaines après l'opération, peuvent évoquer une instabilité de la colonne vertébrale. Cette pathologie sera traitée par des exercices visant à renforcer la ceinture musculaire.

Des **difficultés à uriner** apparaissent fréquemment dans les premières 24 heures après l'opération. La vessie doit alors être vidée à l'aide d'une sonde vésicale. Des ballonnements **intestinaux** désagréables peuvent également survenir et quelquefois justifier la mise en place d'un tube intestinal de décharge. Des **troubles circulatoires** peuvent apparaître lorsque vous vous levez (exemple: tout devient noir). Signalez-le absolument, pour obtenir des médicaments qui stabiliseront votre tension.

Si des paralysies ou des troubles de la sensibilité dans la région du fessier et/ou de l'anus apparaissent ou s'aggravent, informez-en immédiatement votre médecin.

Le lever est possible dès le soir ou le lendemain de l'opération.

Si un drain a été placé, il sera retiré le lendemain ou le surlendemain de l'intervention.

Le retour à domicile est possible 1 à 4 jours après l'opération. La marche est recommandée. La voiture est déconseillée pendant 3 semaines. Il n'y a pas besoin de porter de corset. La rééducation peut être intéressante mais n'est pas systématique. La reprise d'un travail moyennement physique est possible à environ 1 à 2 mois après l'opération. Ce délai varie beaucoup en fonction du type de travail. Parfois la reprise est impossible et une reconversion doit être envisagée (travailleur de force).

6. QUELS SONT LES EVENTUELS RISQUES ENCOURUS ?

La réalisation d'une intervention chirurgicale **quelle qu'elle soit** peut entraîner la survenue d'une complication. Elles sont **rares voire exceptionnelles** dans ce type d'intervention qui est une intervention couramment pratiquée. Il est difficile de citer toutes les complications d'autant que certaines peuvent être inconnues à ce jour.



6.1. LES RISQUES INHERENTS A TOUTE INTERVENTION CHIRURGICALE

- Des difficultés pour uriner ou avoir des gaz sont assez fréquentes les premiers jours et disparaissent le plus souvent spontanément. Parfois un sondage de la vessie est nécessaire.
- Le décès par problème d'anesthésie ou de saignement très important du par exemple à une plaie des gros vaisseaux situés en avant de la colonne (très exceptionnel).
- La survenue d'une phlébite compliquée d'une embolie pulmonaire est possible. En cas de terrain favorisant un traitement anti coagulant est donné.
- En fonction de votre état général certaines maladies (cœur, poumons, diabète, etc.) peuvent s'aggraver et obliger à modifier les traitements que vous preniez habituellement
- En cas de transfusion (exceptionnelle) le risque de transmission d'une infection virale ou bactérienne est toujours possible.

6.2. LES RISQUES LIES A UNE CHIRURGIE POUR HERNIE DISCALE LOMBAIRE

- La paralysie complète (exceptionnelle) ou partielle (très rare) des membres inférieurs, de la vessie ou du rectum généralement due à un hématome peut survenir après l'opération. Elle impose une nouvelle intervention en urgence. La récupération est fréquente mais pas automatique.
- Une brèche dans l'enveloppe qui entoure les nerfs (méninge) 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.
- L'infection : Il s'agit le plus souvent d'une infection du site de l'opération. Elle nécessite une nouvelle intervention et la prise d'antibiotiques pour nettoyer la plaie. L'infection au niveau des méninges est très grave mais très rare. Au niveau du disque elle est aussi très rare mais peut laisser des séquelles à type de lombalgies persistantes (Spondylodiscite). Des antibiotiques sont à prendre pendant plusieurs mois. Une infection urinaire (après mise en place d'une sonde urinaire), pulmonaire ou dans le sang (Septicémie) peuvent arriver après l'opération. Les précautions d'asepsie et les antibiotiques ont permis de fortement diminuer le taux de survenue de ces complications.
- En fonction de 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.

Si vous n'acceptiez pas les risques liés à l'intervention chirurgicale, si vous n'avez pas confiance, ne vous faites pas opérer.

Lisez cette lettre éventuellement en famille ; parlez-en à votre médecin traitant.

Ce document ne peut évidemment être complet ; il vous appartiendra au cours de l'entretien avec le médecin de poser toutes les questions qui peuvent vous préoccuper.