



Docteur Ludovic RILLARDON

Chirurgie du Rachis
Chirurgie Orthopédique

Tel. 04 92 98 45 49

HÔPITAL PRIVÉ CANNES OXFORD

33, Bd d'Oxford - 06400 CANNES

Feuillelet d'information complémentaire à l'attention du patient

STÉNOSE LOMBAIRE DU CANAL RACHIDIEN OU CANAL LOMBAIRE ÉTROIT

Madame, Monsieur,

Vous souffrez d'une sténose du canal lombaire ; il faudrait opérer. Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention. Le médecin vous expliquera pourquoi l'opération est nécessaire et comment elle peut se dérouler. Ce formulaire vous y aidera.

QU'EST-CE QU'UNE STÉNOSE LOMBAIRE DU CANAL RACHIDIEN ?

La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée de vertèbres au milieu desquelles passe **le canal rachidien** (fig. 1 et 2a). Ce canal est généralement assez large pour contenir sans problème toutes les racines nerveuses qui, à ce niveau là, cheminent dans un sac situé dans le canal.

Selon la constitution du patient ou bien à cause de phénomènes d'usure naturelle, un rétrécissement peut survenir (fi. 2b).

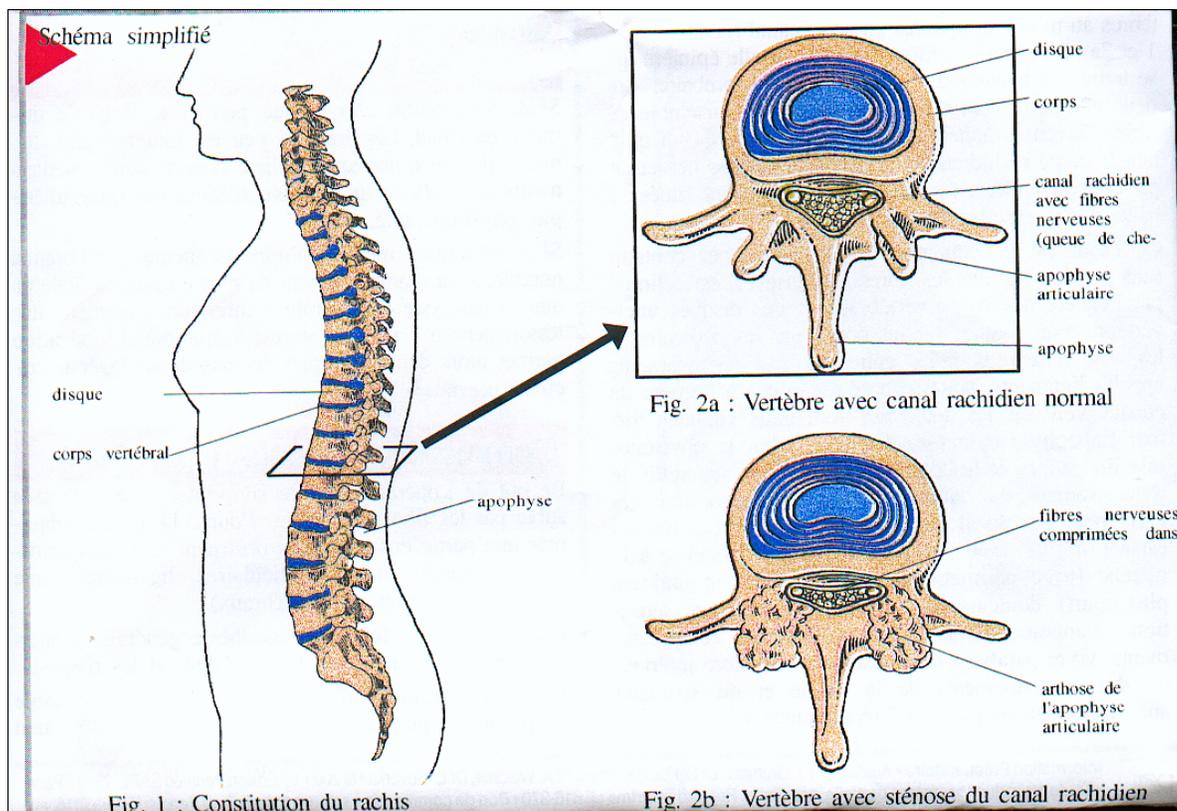
Ce rétrécissement entraîne une compression des éléments nerveux est à l'origine de signes typiques :

- Difficultés à la marche (avec périmètre de marche devenant plus court).
- Douleurs dans les membres inférieurs, sensations d'engourdissement, fourmillements et picotements, voire paralysie des muscles du membre inférieur, mauvais fonctionnement de la vessie ou du sphincter anal.
- Les douleurs peuvent être présentes à la marche ou au repos.

Seule l'opération chirurgicale permet d'élargir le diamètre du canal rachidien.

Les douleurs peuvent toutefois être atténuées par un traitement médical conservateur: médicaments associés ou non à une rééducation (kinésithérapie, physiothérapie, etc.).

L'élément déterminant pour décider d'une intervention est **la tolérance du patient à cette situation**. On opère quand le patient a eu un traitement complet et qu'il en « a assez d'avoir mal ! ». Il n'y a pas urgence à opérer en dehors des trois cas suivants : Sciatique paralysante entraînant une paralysie du pied. Syndrome de la queue de cheval entraînant des troubles pour uriner. Sciatique hyper algique (très douloureuse) malgré le traitement.



QUELLES SONT LES PRECAUTIONS PRENDRE AVANT L'OPERATION ?

- Vérifiez qu'il vous a bien été communiqué un rendez-vous de consultation de pré-anesthésie ; que vous êtes en possession du questionnaire médical à fournir au médecin anesthésiste.
- Assurez vous d'un rendez-vous de consultation avec le chirurgien, proche de l'intervention, où vous aurez tout loisir de poser les dernières questions ; il vous appartiendra également de fournir un bilan infectieux préopératoire, variable en fonction de l'intervention prévue : examen cyto bactériologique des urines, numération formule sanguine, dosage de la CRP, prélèvements cutanés à visée bactériologique, recherche de foyer infectieux ORL ou stomatologique... chaque intervention pouvant, fonction de sa complexité et des conditions dans lesquelles elle est abordée, nécessiter plus ou moins de renseignements préopératoires.
- Lisez l'information qui vous a été remise à l'Hôpital.
Le document concernant les infections nosocomiales qui comporte d'une part les éléments de la préparation cutanée que vous devez prévoir avant l'intervention ; et, d'autre part, des recommandations sur les conditions de votre séjour en milieu hospitalier.
- Ne négligez pas le régime alimentaire préconisé dans les 4 ou 5 jours précédents votre hospitalisation et qui vous permettra, d'aborder la période postopératoire plus facilement.



Docteur Ludovic RILLARDON

Chirurgie du Rachis
Chirurgie Orthopédique

Tel. 04 92 98 45 49

HÔPITAL PRIVÉ CANNES OXFORD

33, Bd d'Oxford - 06400 CANNES

- Certaines interventions peuvent nécessiter des transfusions ; celles-ci sont prévues à l'avance. Si une prise en charge d'autotransfusion vous est proposée, il conviendra d'assurer les différents rendez-vous qui vous sont proposés et de nous signaler, comme au médecin anesthésiste que vous avez/ allez rencontrer, toute anomalie dans cette prise en charge.
- Aux fumeurs, un effort de sevrage sera recommandé dans la période péri opératoire. Un document vous sera délivré à ce sujet. La poursuite du tabagisme en période péri opératoire multiplie par 3 les complications du site opératoire, et par 8 les risques d'absence de consolidation osseuse.

COMMENT SE DERoule L'OPERATION ?

Le but de l'opération est de supprimer la compression subie par les fibres nerveuses. Pour cela, il faut supprimer une partie des tissus qui obstruent le canal (formations osseuses, surfaces articulaires, ligaments, voire parties des disques intervertébraux). L'intervention se fera sous anesthésie générale. L'anesthésiste vous en précisera les modalités et les risques. Une sonde urinaire est généralement mise en place dès le début de l'anesthésie. Un court examen radiologique, pratiqué sur la table d'opération, permet de localiser la partie du canal rachidien rétrécie et de déterminer précisément l'emplacement de l'incision cutanée. La longueur de l'incision dépend du type de sténose qui peut se limiter à une vertèbre ou s'étendre au contraire à plusieurs. Une fois les tissus incisés, le chirurgien écarte les muscles du dos de part et d'autre pour avoir accès au canal. Les gestes chirurgicaux peuvent ensuite être différents selon le type de sténose. En fonction du diagnostic, de l'examen clinique et des résultats radiographiques, l'opération pourra consister à ôter simplement des fragments d'os, des surfaces articulaires ou de tissus ligamentaires. Parfois, il faudra aussi détruire la partie d'un disque intervertébral qui forme une hernie ou s'est ossifiée. Dans d'autres cas, il est nécessaire d'étendre l'opération en supprimant un arc vertébral, toute une surface articulaire, des ligaments et une ou plusieurs apophyses (laminectomie unilatérale ou bilatérale). Lorsque les trous de conjugaison sont également trop étroits, le chirurgien doit enlever une partie de l'articulation. Chaque cas étant différent, les modalités précises de l'intervention vous seront précisées par votre chirurgien.

Exemple d'intervention

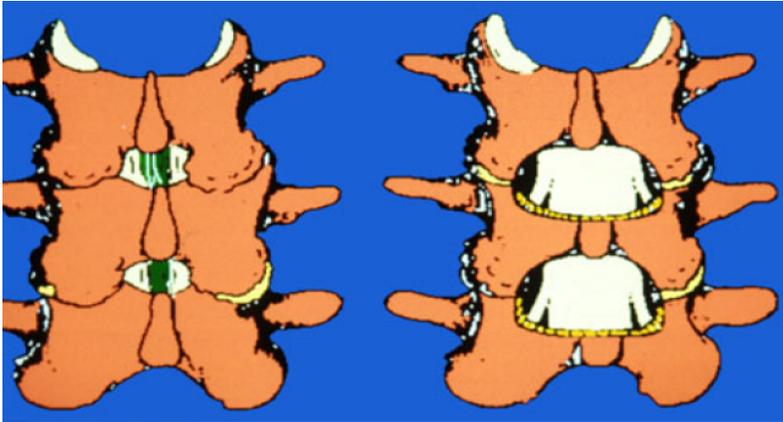


Figure 3 : Libération simple

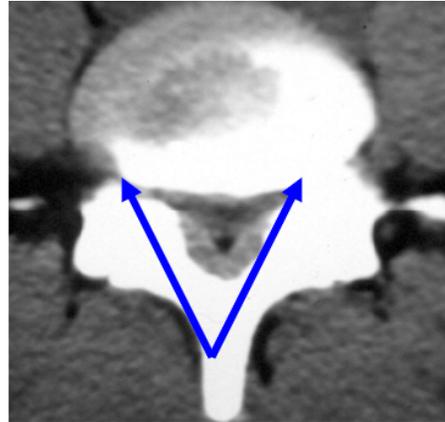


Figure 4 : Lamino-arthrectomie

Ici, la libération des racines nerveuses et de la moelle épinière risque de perturber l'équilibre vertébral. La colonne vertébrale devient alors **instable** et la répartition des forces qu'elle supporte est faussée. Ceci risque d'entraîner une gêne considérable.

Il convient donc après avoir libéré les racines nerveuses et la moelle épinière de **ré-assembler** correctement les vertèbres entre-elles après cette intervention. Comme il n'existe pas de moyen de reconstituer les ligaments ou les surfaces d'articulation abîmés, il est impossible de redonner toute leur mobilité aux articulations. Pour que la gêne et les douleurs soient soulagées et que la colonne puisse continuer à jouer son rôle protecteur, les vertèbres doivent au contraire être reliées fixement entre elles.

Cette opération s'appelle une arthrodèse.

On utilisera divers types d'éléments métalliques (implants) ainsi que des **greffes osseuses**. Les implants fournissent une fixation immédiate, ce qui permet à l'os de se reconstituer lentement tout autour. La repousse osseuse prend ensuite le relais des implants, de sorte qu'il est parfois possible de retirer ces derniers. Ce n'est pas toujours nécessaire.

Dans certains cas, une simple greffe osseuse, sans recours aux implants, suffira à consolider le rachis.



Figure 5 et 6 : Arthrodèse postérolatérale instrumentée



Figure 6 : cage intersomatique

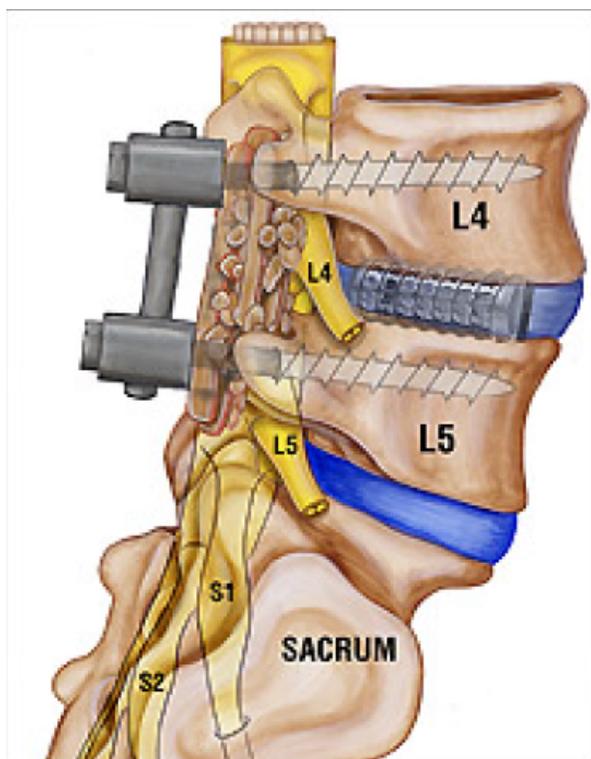


Figure 7 : arthrodesè circonférentielle

Une fois l'arthrodèse terminée les muscles et les tissus seront recousus au centre. On laisse simplement en place un fin tube flexible par lequel seront aspirées les sécrétions de la plaie. En règle générale, il sera retiré un à quatre jours plus tard.

QUELLES SONT LES EVENTUELLES COMPLICATIONS ?

L'anesthésie, qu'elle soit générale, péridurale, locorégionale ou locale, comporte ses propres risques (*les médecins anesthésistes vous donneront toutes les explications nécessaires lors de la consultation spécifiquement préopératoire*). La plupart des traitements médicaux, curatifs, ou même préventifs (comme les anticoagulants, destinés à éviter la survenue de phlébites et d'embolie pulmonaire, ou comme les antibiotiques destinés à éviter la survenue d'une infection), même considérés usuellement comme banals ou anodins, comportent leur propre risque de complication (hématomes, hémorragies, allergies, etc...) ou des effets secondaires (digestifs, sanguins, dermatologiques, etc...). D'une manière générale, l'acceptation d'une prise de risque de complication ou d'incident, même exceptionnel, mais éventuellement grave, est la contrepartie inévitable de l'efficacité du traitement proposé, quel qu'il soit, même médical.

L'absence de traitement elle-même n'est jamais dénuée de risque.

Il est difficile de donner un pourcentage exact de complication, car le risque pris est essentiellement individuel, dépendant plus de chaque patient, de ses antécédents et de ses particularités, que de la statistique brute.

La chirurgie a ses limites, et ne permet *jamais* de refaire aucun organe, aucune articulation, à l'identique de la nature ; d'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles), le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu ; un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables.

Ces généralités rappelées, il faut énumérer une nouvelle fois les complications les plus fréquentes et les plus graves pouvant survenir au cours ou au décours de l'intervention chirurgicale envisagée : *échec de l'intervention réalisée, infection, hématome, désunion cicatricielle, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse ou douloureuse, algo-neurodystrophie, raideur articulaire, phlébite, embolie pulmonaire, compression vasculaire ou nerveuse ou oculaire (n'entraînant que très exceptionnellement une cécité), paralysie, rupture ou défaillance d'implant ou de matériel d'ostéosynthèse, retard de consolidation, pseudarthrose, etc...* La plupart de ces complications guérissent sans séquelles, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser persister des séquelles fonctionnelles graves et définitives.

Quelques risques propres à cette chirurgie sont :

- Des troubles de la sensibilité dans le membre inférieur (engourdissements), qui peuvent réapparaître ou s'accroître. L'expérience montre qu'ils disparaissent généralement de façon progressive.
- Le risque d'une paralysie partielle ou totale d'un segment musculaire (au niveau du pied le plus souvent). Ceci peut être temporaire mais malheureusement aussi définitif.
- Le risque de fuite du liquide céphalo-rachidien. Cette complication peut survenir même si, lorsque les méninges sont déchirées pendant l'intervention, elles sont recousues et que l'on essaie de compléter leur étanchéité.
- Comme après toute opération impliquant des saignements osseux avec réalisation d'une greffe osseuse, le risque de formation d'une pseudarthrose ne doit pas être écarté. Il est d'autant plus fréquent que certains facteurs la favorisent : diabète, artérite, tabagisme, alcool.
- Le risque d'infection demeure inférieur à 1 % mais c'est un vrai problème car il ne peut être totalement supprimé. L'important est de le reconnaître et de le prendre en charge souvent de façon pluridisciplinaire c'est-à-dire avec des médecins spécialistes de l'infectiologie.

QUELLES PRECAUTIONS PRENDRE APRES L'OPERATION ?

- 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.
- Des **difficultés à uriner** apparaissent fréquemment dans les premières 24 heures après l'opération (lorsqu'une sonde urinaire n'a pas été mise en place initialement). La vessie doit alors être vidée à l'aide d'une sonde vésicale. **Des ballonnements intestinaux** désagréables peuvent également survenir et justifier quelquefois la mise en place d'un tube intestinal de décharge.



Docteur Ludovic RILLARDON

Chirurgie du Rachis
Chirurgie Orthopédique

Tel. 04 92 98 45 49

HÔPITAL PRIVÉ CANNES OXFORD

33, Bd d'Oxford - 06400 CANNES

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, il faut nous en informer immédiatement.**

- La résistance de la colonne vertébrale est altérée à la fois par les phénomènes d'usure et par l'opération chirurgicale. Il faut donc éviter dans les premières semaines de soumettre le rachis lombaire à certains efforts: poids, mouvements brusques de rotation ou de flexion.
- Afin de ne pas faire supporter trop de contraintes aux vertèbres fixées entre elles, la position assise peut être interdite pendant un certain temps, et le port d'un corset orthopédique peut être également conseillé durant une période plus ou moins longue.
- Chaque intervention médicale liée à une instabilité vertébrale, oblige en fonction du degré de stabilisation atteint, à limiter les efforts sollicitant la colonne. Dans ce domaine, suivez très précisément les indications de votre chirurgien.

QUELLES SONT LES CHANCES DE SUCCES ?

La sténose lombaire est devenue une des indications les plus fréquentes en chirurgie rachidienne chez les patients de plus de 60 ans. Ainsi la fréquence d'une intervention chirurgicale pour sténose lombaire dégénérative est passée aux Etats-Unis de 8 pour 100 000 habitants de plus de 65 ans en 1979 à 61 pour 100 000 habitants en 1992.

Quel est l'intérêt de la chirurgie par rapport au traitement conservateur, c'est-à-dire médical en dehors de toute chirurgie.

Certaines études ont permis une comparaison. Ainsi retrouvait-on parmi les traitements chirurgicaux que 60 % des malades étaient améliorés, 25 % aggravés et 15 % avaient un état inchangé. A rapprocher des chiffres correspondants aux patients traités médicalement : l'on retrouvait chez eux 30 % d'amélioration, 10 % d'aggravation et 60 % d'état clinique inchangé.

Du point de vue fonctionnel, une amélioration est retrouvée chez 60 % des patients qui ont été opérés ; mais aussi la possibilité d'états inchangés ou aggravés - qui peuvent être la conséquence d'un résultat négatif dès le postopératoire immédiat ou bien d'une dégradation secondaire apparaissant à plus ou moins long terme après l'opération : nouveau rétrécissement du canal (par reprise du processus d'arthrose) ou bien mauvaise cicatrisation des tissus, en particulier autour de la moelle épinière ; enfin, la possibilité d'une instabilité de la colonne vertébrale (quelque en soit le niveau opéré ou juste au dessus).

L'on comprend donc que la décision du traitement chirurgical ou du traitement médical est à prendre en bonne connaissance de cause, après avoir compris obtenu réponse à vos questions auprès de votre chirurgien, votre médecin traitant et en avoir discuté avec votre entourage.