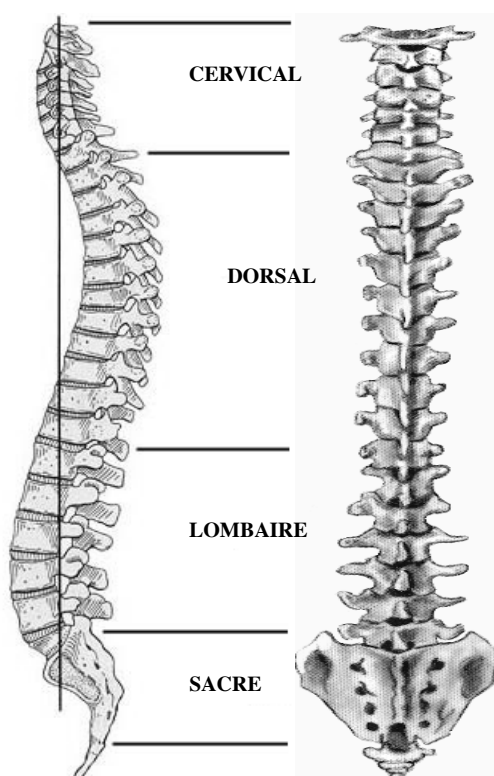


ABLATION DE MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE

Éléments d'information destinés au patient

Suite aux examens, il a été décidé de vous enlever le matériel d'ostéosynthèse de la colonne vertébrale. 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 rachis normal



Il vous a été réalisé il y a plusieurs mois ou plusieurs années une ostéosynthèse (matériel implanté sur votre colonne) associée ou non à une arthrodèse vertébrale (fusion ou blocage de vertèbres) ou une greffe vertébrale. Le but de cette ostéosynthèse était d'immobiliser temporairement la ou les vertèbres à traiter le temps que l'arthrodèse ou la greffe réalisée se solidifie (ou se consolide). Une fois la consolidation de la greffe acquise le matériel ne sert plus à rien et on peut l'enlever sans risque de compromettre le résultat de votre opération sur la colonne. Ce matériel est souvent de nature métallique (Titane, acier inoxydable) quelquefois d'une autre nature (silicone, polyéthylène, peek...). La présence de ce matériel au contact de votre colonne est quelquefois mal supporté et source de gêne ou même de douleur de part son volume (présence d'une masse dure sous la peau parfois visible à l'œil nu), un conflit avec une structure anatomique de voisinage (conflit à l'extrémité du matériel avec une articulation ou conflit entre une vis et une structure nerveuse), sa nature biologique (allergie, intolérance, douleurs climatiques), devant l'apparition d'une infection ou de principe (enlever tout corps étranger devenu inutile, risque de ne plus disposer dans le futur du matériel nécessaire à l'enlever).

C'est dans ces circonstances que l'on vous proposera d'enlever cette ostéosynthèse qui est devenue gênante quelle que soit le niveau de son implantation sur la colonne.

Comment se déroule l'opération ?

La longueur de l'incision cutanée et la voie d'abord choisie pour atteindre le matériel seront les mêmes que celles de l'intervention pour laquelle il aura été mis en place.

La cicatrice est souvent refaite.

On enlève l'ostéosynthèse à l'aide d'un matériel spécifique qui lui est souvent propre.

Quelquefois une partie du matériel n'est pas « enlevable » car il a été recouvert par l'os ou qu'il s'est cassé (cas de certaines vis). Il est alors préférable de le laisser en place sans vous faire courir le moindre risque. Dans ces cas, le risque de migration du matériel est quasi nul. Le fait de pouvoir laisser du matériel est à l'appréciation de votre chirurgien.

Il existe quelquefois des débris du matériel qui colore les tissus avoisinant (métallose), ces débris sont enlevés. Si il a été réalisé une arthrodèse ou une greffe, la qualité de celle-ci est contrôlée et éventuellement renforcée.

Il est possible, malgré les examens réalisés avant cette nouvelle intervention, que l'on constate une mobilité anormale du matériel et donc une absence de consolidation de l'arthrodèse ou de la greffe (pseudarthrose). Dans ces cas, il est possible que l'on soit obligé de refaire l'arthrodèse ou la greffe avec votre os (pris sur place ou sur la bassin) et/ou de l'os artificiel (substitut osseux) en remettant un nouveau matériel d'ostéosynthèse.

Quelquefois, un geste complémentaire est réalisé, pour décompresser un nerf ou le canal (recalibrage) ou pour désensibiliser une articulation usée (thermocoagulation facettaire).

Cette intervention d'ablation de matériel est souvent moins longue que la première intervention. Le saignement est rarement abondant.

Les suites opératoires : Elles dépendent du type d'intervention et de la voie d'abord réalisée.

Dès le lendemain, après une première nuit rarement très bonne, ou vous aurez demandé des calmants qui vous seront administrés par perfusion, vous serez levés avec l'aide du kinésithérapeute. Le kiné vous montrera comment on se lève, en principe la position assise est autorisée. La récupération sera plus rapide que lors de la première intervention. Le séjour à la clinique durera 3 à 4 jours. Un séjour en centre de rééducation n'est pas utile et en principe aucune rééducation spécifique ne sera nécessaire. Vous porterez un corset en tissu, qu'il n'est pas nécessaire de garder la nuit, pendant 15 jours après l'intervention, sauf si une nouvelle arthrodèse a été nécessaire. Une reprise d'activité professionnelle est envisageable au bout d'1 mois.

Pendant le séjour, vous serez calmés des douleurs lombaires avec des antalgiques ordinaires (type Diantalvic* ou Topalgic*), des antiinflammatoires (Profenid*) ou quelques fois plus puissants (morphine). 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. Dans certain cas, cette sonde urinaire vous aura été mise en place au moment de l'intervention. Des ballonnements intestinaux désagréables peuvent également survenir. Des vertiges ou malaises peuvent apparaître lorsque vous vous levez. Ces troubles sont en général transitoires et disparaîtront après quelques jours à l'aide éventuellement d'un traitement spécifique.

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

Bien entendu, il y a des susceptibilités individuelles qui font que chaque patient a sa propre vitesse de récupération.

Que peut-on attendre de l'ablation du matériel ?

On doit pouvoir améliorer d'au moins 50% les douleurs résiduelles de la 1^{ère} intervention.

Il peut toujours y avoir, en particulier toutes les "petites douleurs" liées au surmenage relatif des articulations de part et d'autre de la zone fusionnée, qu'il faudra savoir ménager, pour ne pas reporter cette même maladie dégénérative sur les autres disques.

Quels sont les risques ? :

Ils sont très rares, beaucoup moins fréquents que lors de la première intervention.

En dépit de la méticulosité du geste chirurgical, des troubles peuvent apparaître pendant ou après l'opération. Dans ce paragraphe, nous essayons de citer les risques même exceptionnels. Toutefois, dans des circonstances particulières, peuvent survenir des événements inattendus.

1 - les risques **génériques** propres à toute intervention, à toute anesthésie (un décès sur 15000 en France) et malgré de constants progrès, nous ne pouvons que tendre vers le 0 % de problème sans l'atteindre (allergies, défaillances cardiaques, infections pulmonaires et urinaires, hépatites, etc...).

2 - les risques **propres** à toute chirurgie lourde :

- Le risque de phlébite est modéré, mais non nul, même avec la prévention par les piqûres d'anticoagulant, nous observons une ou 2 fois par an (risque : 1/100) une authentique phlébite favorisée souvent par un mauvais terrain veineux (varices) et un alitement prolongé. Toute phlébite peut, en outre se compliquer d'embolie pulmonaire, parfois sérieuse, parfois très grave.

- Le risque d'hématome post-opératoire, est faible mais non nul, et une fois sur 1000 environ, il faut reprendre au bloc opératoire un opéré qui fait un hématome compressif. Cela se manifeste par une paralysie et/ou une anesthésie des membres inférieurs et de la région fessière. Cette complication survient dans les premiers jours postopératoires. En principe, cette chirurgie ne nécessite pas de transfusion sanguine (risque de transmission d'agents infectieux, hépatite, VIH ayant pour suite tardive le SIDA), mais si l'intervention est hémorragique ou, en cas d'hématome, elle peut être nécessaire.

- Le risque hémorragique : Il peut arriver que l'intervention soit beaucoup plus hémorragique que d'habitude, mais il faut exceptionnellement avoir recours à la transfusion sanguine...

- Le risque d'infection (ostéite infectieuse) est inférieur à 1/100. Une infection superficielle de la peau (désunion de la cicatrice) est plus fréquente mais guérie dans la plupart des cas grâce à un traitement local, même si celui-ci paraît un peu long.

- Malgré les coussins de protection, la position maintenue lors de l'opération peut entraîner des lésions par compression de la peau. Les nerfs des membres inférieurs ou supérieurs peuvent également être atteints (plexus brachial). Des lésions des yeux sont également possibles par le même mécanisme. Ces lésions sont rares, et exceptionnellement définitives. Les patients artéritiques (artères des jambes rétrécies par l'athérome) peuvent boucher complètement leurs artères du fait de la position opératoire : si vous êtes artéritiques, vous serez installés différemment.

3 - les **risques spécifiques à cette chirurgie** difficile d'arthrodèse vertébrale :

- Le risque de fuite du liquide céphalo-rachidien (liquide dont sont remplies les méninges), fistule si ça coule par la peau, méningocèle (= boule) si ça ne coule pas : c'est une complication exceptionnelle car si les méninges sont déchirées pendant l'intervention, on s'en aperçoit, on les recoud et l'on complète l'étanchéité avec de la colle biologique. Nous n'en avons pas observé depuis des années. Bien entendu, si le liquide coule par la peau, il peut s'infecter, et c'est la méningite, pas forcément très grave, mais toujours ennuyeuse.

- Le risque d'erreur de niveau : il est considérablement réduit par le repérage aux Rayons.

- Dans certains cas, les constatations per-opératoires peuvent imposer d'opérer un niveau qui n'était pas prévu au départ.

- Les méninges, les nerfs, la moëlle épinière et les tissus ou organes voisins (poumons, cavité abdominale, intestin, uretère, vessie, aorte, veine cave, artère et veine iliaque, plexus neurovégétatif) peuvent être touchés lors de l'opération. Le risque de lésion augmente lorsqu'un phénomène d'adhérence s'est développé à la suite d'opérations précédentes, dans certaines circonstances pathologiques (lésion ancienne, tumeur, infection). Les lésions des nerfs et de la moëlle peuvent entraîner des troubles de la sensibilité, une paralysie de la vessie, des muscles des membres inférieurs ou du sphincter anal, ou encore un dysfonctionnement des organes sexuels (éjaculation rétrograde). Ces troubles, quand ils apparaissent, sont exceptionnellement définitifs.

- Lorsque la voie d'abord choisie est latérale ou antérieure, les abdominaux ou le diaphragme peuvent présenter après l'opération une légère dépression, voire, dans des cas très rares, un trou. L'intestin ou les poumons risquent alors de provoquer une hernie en se glissant dans ce trou. Une nouvelle opération permettra de refermer l'orifice.

- Si une nouvelle arthrodeuse avec ostéosynthèse est nécessaire, tous les risques liés à ce type d'intervention sont possibles comme il vous l'a été indiqué lors de la 1^{ère} intervention.

- Des réactions allergiques sont possibles aux constituants des fils de suture et plus rarement aux implants ou substituts osseux. Cela se manifeste par des troubles de la cicatrisation. Selon les cas, une nouvelle opération peut être nécessaire.

- Le prélèvement de greffons osseux peut occasionner des saignements abondants et des problèmes de cicatrisation ou déformer la surface de l'os. Il est rare que l'os ayant servi au prélèvement se fracture mais, dans ce cas, une opération chirurgicale est parfois indiquée pour réduire et consolider la fracture. Le prélèvement ou la cicatrisation irritent parfois les fibres qui innervent la peau ; on ressent alors une sensation d'engourdissement et une certaine gêne rarement définitive.

Certaines pathologies peuvent favoriser la survenue d'une ou plusieurs des complications citées au-dessus : l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie (quelle qu'elle soit), affections psychiatriques et toute affection chronique en général (diabète, trouble de la coagulation, maladies du foie etc...)