

CANAL LOMBAIRE ETROIT

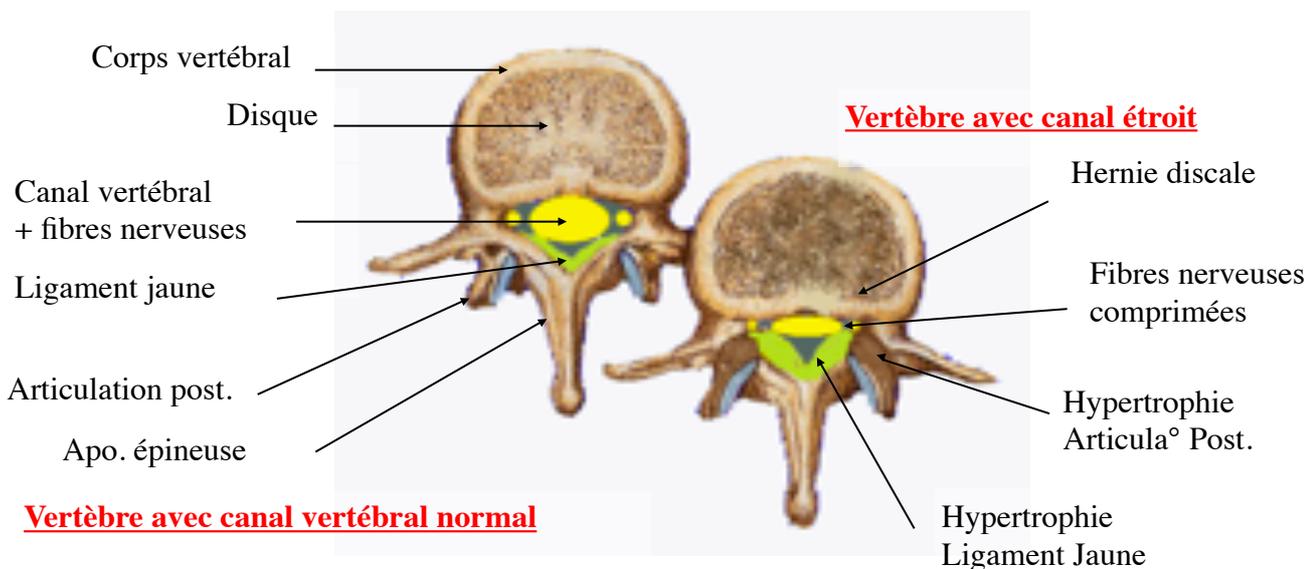
Éléments d'information destinés au patient

Vous devez être prochainement opéré d'un canal lombaire étroit et ce document ambitionne de mieux vous informer à propos de cette maladie et de son traitement.

Qu'est ce qu'un canal lombaire étroit ? :

La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée de vertèbres au milieu desquelles passe le canal vertébral. Le canal vertébral abrite la moelle épinière qui se termine à hauteur de la 2^e vertèbre lombaire. En dessous, 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 ou foramens, situés à hauteur des disques intervertébraux.

Ce canal est généralement assez large pour contenir sans problème toutes les fibres nerveuses. Il est délimité par l'arrière des corps vertébraux et des disques intervertébraux ainsi que, sur les côtés, par les pédicules et les arcs vertébraux (articulations postérieures et lames) reliés entre eux par des ligaments appelés ligaments jaunes. En se rejoignant à l'arrière de chaque vertèbre, les deux arcs vertébraux viennent former l'apophyse épineuse.



Selon la physiologie du patient (poids, courbures vertébrales) et les phénomènes d'usure naturelle (arthrose, kyste synovial), le canal vertébral peut se rétrécir par hypertrophie osseuse (articulation postérieure, corps vertébral) et/ou discoligamentaire (ligament jaune, hernie discale). Parfois ce rétrécissement est lié à une déviation (scoliose) ou au glissement d'une vertèbre par rapport à l'autre (spondylolisthésis ou rétroolisthésis dégénératif). Une mobilité anormalement importante entre 2 vertèbres peut être à l'origine d'un rétrécissement du canal (instabilité et rétrécissement dynamique). Le canal vertébral peut être également étroit de naissance (sténose constitutionnelle ou congénitale avec présence de pédicules courts). Souvent ces causes de rétrécissement sont associées. Les vertèbres lombaires sont le plus souvent concernées par cette pathologie, c'est pour cela que l'on parle de canal lombaire étroit.

Cette compression est à l'origine de signes typiques : difficultés à la marche (avec périmètre de marche devenant toujours plus court), douleurs dans les membres, sensation d'engourdissement, fourmillements et picotements, voire paralysie des muscles du membre inférieur ou mauvais fonctionnement de la vessie et du sphincter anal (forme grave++). Les douleurs peuvent être présents à la marche et au repos. Exercée en permanence, la compression des racines nerveuses due au rétrécissement des canal vertébral risque d'entraîner des lésions irréversibles.

Quels sont les traitements possibles ?

Seule l'opération chirurgicale permet d'élargir le diamètre du canal. Les douleurs peuvent toutefois être atténués au début par un traitement médical : médicaments, infiltrations associées ou non à une rééducation.

Si le traitement médical n'apporte aucune amélioration notable, si la marche devient de plus en plus difficile ou qu'une paralysie des membres inférieurs apparaît, une lésion nerveuse irréversible est à craindre. L'opération permet alors dans la plupart des cas de soulager les racines nerveuses.

Qu'est ce que la chirurgie du canal lombaire étroit ?

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 partie des disques intervertébraux) et réaliser en cas d'instabilité une stabilisation de la colonne par une arthrodèse (ou une ostéosynthèse dynamique dans les cas les moins graves).

L'intervention se fera sous anesthésie générale ou régionale (rachianesthésie). L'anesthésiste vous en précisera les modalités et les risques. Un court examen radiologique, pratiqué sur la table d'opération, permet de localiser le niveau à opérer. La longueur de l'incision, verticale, dépend du type de sténose qui peut se limiter à une vertèbre ou s'étendre 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 actes 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, de surfaces articulaires, de lames (laminectomie), de tissus ligamentaires. Parfois, il faut aussi enlever la partie d'un disque qui forme une hernie ou s'est ossifiée. Dans d'autres cas, il est nécessaire de supprimer, un arc vertébral, toute une articulation ce qui risque de rendre la colonne vertébrale instable, le chirurgien doit alors la fixer en réalisant une arthrodèse complémentaire (ostéosynthèse par vis et tiges et greffe osseuse et/ou cage ou cale intersomatique). Parfois, cette arthrodèse est d'emblée nécessaire pour traiter une mobilité anormalement importante entre 1 ou plusieurs vertèbres participant au rétrécissement du canal.

Dans certains cas ou si la résection osseuse a été importante mais non déstabilisante il est possible de diminuer la mobilité des vertèbres et donc d'éviter une récurrence ou une lombalgie post-opératoire en mettant en place une cale amortissante (en silicone) et une ligamentoplastie inter-épineuse ou une ostéosynthèse par vis et tiges mais laissant de la mobilité au disque (ostéosynthèse dynamique). Dans certains cas, il est nécessaire de réaliser une arthrodèse à un niveau associée une ostéosynthèse dynamique sur un autre niveau (montage hybride).

À la fin de l'intervention, les racines nerveuses doivent être parfaitement. Sauf exception, la fermeture se fait sans drain, avec un fil qui se résorbera tout seul.

Bien souvent, dès le réveil les douleurs des membres inférieurs ont disparu, parfois, il faut attendre 2 ou 3 jours pour que le soulagement apparaisse, en particulier lorsque le ou les nerfs étaient très inflammatoires (rouge à l'intervention au lieu de jaune) ou lorsque le conflit était ancien et sévère et qu'il a fallu "batailler" un peu pour lever la sténose. Globalement le soulagement est ressenti d'autant plus vivement que la sténose trouvée est intense. Lorsqu'il y avait déjà des "fourmis", elles peuvent mettre quelques semaines à disparaître. S'il y avait déjà une paralysie, la vitesse de récupération dépend en grande partie de l'ancienneté de la paralysie, et de sa sévérité. Si elle était partielle et installée depuis quelques jours seulement on peut espérer une récupération rapide et de bonne qualité, si elle était grave et fixée depuis plusieurs semaines, la récupération sera beaucoup plus aléatoire.

Les suites opératoires :

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 des infirmières ou du kinésithérapeute. Le kiné et/ou le chirurgien vous montrera comment on se lève, comment on doit s'asseoir. Le premier jour (J+1), il n'y aura que 2 ou 3 levers dans la journée. Le lendemain (J+2), vous marcherez dans votre chambre puis dans le couloir. Le jour suivant (J+3), vous monterez et descendrez les

escaliers. Le séjour à la clinique durera au moins une semaine afin que vous retrouviez une autonomie normale pour réintégrer votre domicile. Un séjour en centre de rééducation peut être proposé dans certains cas, mais 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 1 à 3 mois après l'intervention. Le chirurgien vous indiquera les activités autorisées et les gestes nocifs à éviter pour votre colonne (consignes post-opératoires).

Pendant le séjour, vous serez calmés des douleurs lombaires avec des anti-inflammatoires (Profenid), des antalgiques ordinaires (type Dafalgan ou Ixprim) ou quelques fois plus puissants (morphine). Le risque de phlébite sera réduit par des injections sous-cutanées d'anti-coagulant, mais cette prescription n'est pas systématique dans la mesure où vous vous levez dès le lendemain de l'opération. S'il y a une petite poussée inflammatoire vers le troisième jour, avec une recrudescence des douleurs, il peut être utile de reprendre temporairement des anti-inflammatoires. 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. 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.

Quels sont les risques ? :

Les risques de cette chirurgie peuvent être groupés en 3 types :

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 cette chirurgie de la colonne :

- 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** favorisé par les anti-coagulants rendus nécessaires par le risque de phlébite (!), 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), mais si l'intervention est hémorragique ou, en cas d'hématome, elle peut être nécessaire.

- Des **troubles de la sensibilité** dans le membre inférieur (engourdissement) peuvent réapparaître ou s'accentuer. L'expérience a cependant montré qu'ils disparaissent progressivement.

- Le risque **d'infection** (discite, ostéite infectieuse) est inférieur à 1/100 mais est un vrai problème d'autant plus que le diagnostic comme le traitement des infections du disque sont difficiles et que le disque se défend mal contre les microbes et que même des bactéries non pathogènes (= inoffensives) peuvent entraîner des discites infectieuses. 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.

- 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 (brèche de la dure-mère), 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 X dû à opérer en début d'intervention, et par le fait que vous arrivez au bloc opératoire avec votre scanner ou IRM (impératif !). Chez les patients corpulents (plus de 100 kg) il est possible que le repérage soit impossible ou difficile, et là, le risque n'est pas nul, obligeant parfois le chirurgien à pratiquer une incision plus longue pour compter le nombre de vertèbres depuis le sacrum !

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

- Lorsque l'étendue de l'opération a été importante la colonne risque de devenir instable et des douleurs dans la région opératoire peuvent apparaître quelques mois après l'opération. Une opération ultérieure (arthrodèse) est alors nécessaire pour fixer cette instabilité.

- Les implants (plaques, tiges, vis, cages) ne peuvent pas toujours être fixés aussi solidement que prévu. Parfois, la prise n'est pas assez bonne et se desserre ou l'on observe la migration d'une cage ou d'une cale. Ce problème peut aussi survenir lorsque l'implant est en parfait état. Il faut parfois réopérer pour consolider les fixations, mais cela reste très rare. Tout implant conduit à supporter trop de contraintes risque également de casser (non-respect des consignes post-opératoires). Lorsque ceci se produit, il faut souvent retirer l'implant et le remplacer par une autre.

- Comme après toute opération impliquant des segments osseux avec réalisation d'une greffe osseuse (arthrodèse ou fusion vertébrale), le risque de formation d'une pseudarthrose ne doit pas être écarté (l'os se reforme mal et ne se consolide pas). Ce risque est particulièrement élevé chez les fumeurs et en cas de non-respect des consignes postopératoires. Le traitement de cette complication est essentiellement chirurgical.

- Dans le cas d'un redressement de l'axe vertébral (glissement de vertèbre, scoliose, cyphose), il est possible que le défaut d'alignement réapparaisse après un temps. Lorsque la perte de correction est trop importante et provoque des douleurs, une opération peut s'avérer nécessaire.

- 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.

3 - les risques **exceptionnels** mais classiques rapportés dans la littérature chirurgicale :

- La plaie opératoire des gros vaisseaux (aorte, artère iliaque, veine cave) qui passent devant la colonne lors du curetage d'un disque ou lors de la mise en place d'une vis ! Nous souhaitons vivement ne jamais y être confronté !

- Les problèmes ophtalmologiques, pouvant aller jusqu'à la cécité (perte de la vision) ont été rapportés comme consécutifs à une compression oculaire sur la têtère pendant l'intervention : nous n'utilisons pas de têtère mais un coussin en mousse pour l'appui du visage. D'autres nerfs peuvent être comprimés au niveau des points d'appui avec parfois des lésions cutanées.

- 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.

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

Quels sont les risques évolutifs ?

La plupart des patients (80 à 90 %) sont satisfaits des résultats de l'opération. Il est vrai que des troubles semblables ou une dégradation de l'état du patient peuvent réapparître même après l'opération (plutôt après plusieurs années). Cela peut être dû à un nouveau rétrécissement du canal, à une instabilité de la colonne vertébrale (à quelque niveau que ce soit du rachis), mais aussi à une

affection de la hanche, de l'articulation avec le sacrum, etc... En cas de cure associée de hernie discale, une récurrence de hernie discale est possible (<10%) si le disque opéré n'est pas «bloqué». Le taux de réintervention après cette chirurgie est environ de 7% à 5 ans, 15 % à 10 et 15 ans.

Une bonne hygiène vertébrale est absolument nécessaire après ce type de chirurgie. Il vous sera inculqué (par le kinésithérapeute ou le chirurgien) la technique du « verrouillage lombaire » afin d'économiser au maximum votre colonne vertébrale malade. Cette hygiène vertébrale devra être réalisée tout le restant de votre vie afin de minimiser le risque de récurrence. Certains sports seront à bannir.