

HERNIE DISCALE LOMBAIRE

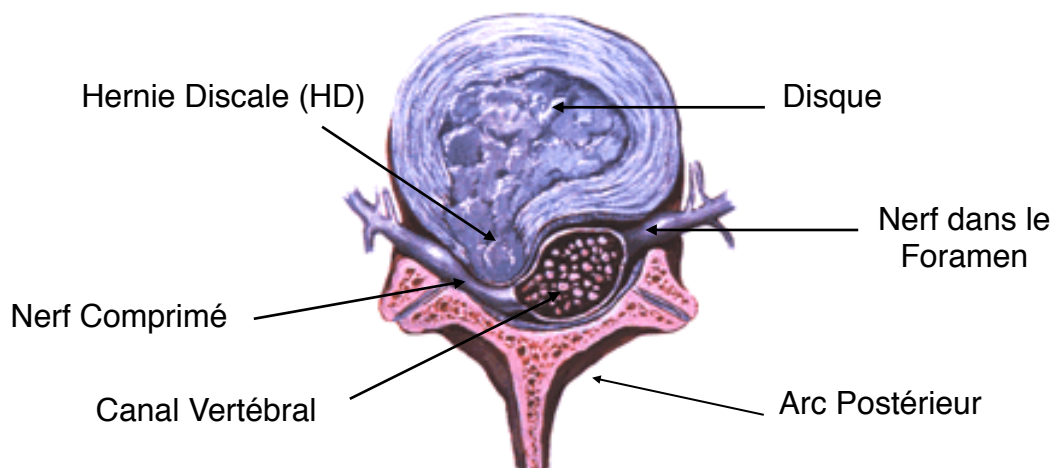
Eléments d'information destinés au patient

Vous devez être prochainement opéré d'une hernie discale et ce document ambitionne de mieux vous informer à propos de cette maladie et de son traitement.

Qu'est ce qu'une hernie discale ? :

Chaque vertèbre est séparée de sa voisine du dessus ou du dessous par un coussin élastique, dont le rôle est de subir et d'amortir les chocs et les contraintes mécaniques de l'existence, ce coussin est le **disque intervertébral**.

Pour diverses raisons, une maladie d'usure de ce disque peut conduire à un changement de la consistance de la partie centrale du disque, les pressions peuvent monter dans le disque, qui peut finir par se déformer, voir même par se rompre, il en résulte **une hernie du disque ou hernie discale**. On peut comparer la hernie discale à une hernie de chambre à air à travers un pneu usé.



Si cette déformation, ou cette hernie discale, appuie sur une racine nerveuse du nerf sciatique, cela entraîne une **névralgie sciatique** (face arrière du membre inférieur jusque dans le pied). Cela concerne essentiellement les 2 derniers disques : L4-L5 et L5-S1 (entre la cinquième vertèbre lombaire et le sacrum). Lorsque la hernie se fait à partir du disque L3-L4, la compression concerne une racine du nerf crural et la douleur est alors souvent sur la face avant de la cuisse, on parle alors de **cruralgie**.

Cette atteinte d'un des disques intervertébraux touche surtout les hommes de 30 à 40 ans. Voici ses **facteurs de risque** les mieux reconnus, par ordre d'importance :

- Efforts répétés avec une charge lourde en étant penché en avant et en faisant des rotations du tronc.
- Exposition régulière à des vibrations (sur un siège de tracteur, par exemple)
- Position assise prolongée (routiers...)
- Tabagisme
- Sport de compétition
- Il y a aussi une notion de terrain, parfois même familial, car il y a des patients sans facteur de risque qui ont très jeunes plusieurs disques malades, et des travailleurs de force qui atteignent la retraite sans le moindre problème discal !

Lorsque le nerf est comprimé, il fait mal, d'abord seulement à l'activité, à l'effort ou à la marche, puis tout le temps, même la nuit. Si on le laisse comprimé trop longtemps, des fourmis, des sensations anormales, des endormissements de la peau puis des difficultés à commander les muscles auxquels le nerf est destiné apparaissent. Selon le nerf concerné ce sera une gêne à verrouiller le genou (racine L4), à relever les orteils et la cheville (racine L5, la plus souvent atteinte par ce genre de souci), à tenir sur la pointe du pied (racine S1). La survenue de tels signes est un critère de gravité qui incite à décompresser rapidement le nerf, car la sciatique est en train de devenir **paralysante**.

Lorsque la hernie est très grosse, ou seulement grosse par rapport au “trou de la vertèbre” : le canal lombaire (qu’on qualifie alors d’étroit), la compression peut alors concerner non plus un seul nerf, mais tous ceux qui passent à ce niveau vertébral. Il n’y a plus de moelle épinière dans le canal à ce niveau, puisqu’elle s’arrête en L2, 10 cm plus haut dans la colonne, mais il y a des nerfs importants qui servent aux fonctions génitales et sphinctériennes (racines S2, S3, S4). Leur atteinte s’exprime par des difficultés, entre autres, pour uriner, et justifie d’une intervention en **urgence**.

Le nerf est une fibre vivante, et lorsqu’une fonction nerveuse est perdue, il est impossible d’être sûr de sa qualité et vitesse de récupération.

Heureusement, la plupart des sciatiques par hernie discale se contentent d’être douloureuses, mais non paralysantes !

Il faut noter aussi qu’en même temps qu’il y a une douleur dans le membre inférieur, il y a souvent aussi une douleur lombaire, qui a souvent précédé la sciatique, de quelques jours ou de quelques mois. Cette douleur est en partie liée au fait que le disque est sous pression, en partie liée au fait qu’il est victime d’une **maladie dégénérative (d’usure)**.

Ou’est ce que la chirurgie de la hernie discale ?

Si on vous a conseillé la chirurgie, c’est que vous avez épuisé sans succès les recours médicaux, qui permettent pourtant de venir à bout, en 15 jours – 6 semaines, de la plupart des sciatiques de cause discale.

Seules les sciatiques paralysantes ou vraiment très intenses (on dit : hyperalgiques) seront opérées sans attendre, en urgence.

Seront également à opérer les sciatiques invalidantes non guéries après au moins 6 semaines de traitement médical adapté (repos, antalgiques, anti-inflammatoires, infiltrations...).

L’opération se fait sous rachi-anesthésie (le plus souvent) et/ou anesthésie générale, dure environ 1 heure, ne saigne pas (ou peu !). Vous ne serez donc pas transfusé. Vous serez installé à plat ventre après avoir été endormi par une injection intraveineuse au pli du coude.

La chirurgie de la hernie discale qui donne les meilleurs résultats se fait par une incision verticale médiane de 30 à 50 mm (selon la corpulence du patient), juste en regard du disque malade qui est repéré avec un appareil à rayons X, il s’agit donc d’une technique micro-chirurgicale ou mini-invasive (réalisée à l’œil nu ou en utilisant un endoscope). La cicatrice sera 2 fois plus longue s’il y a 2 disques à opérer.

Une petite fenêtre est faite entre les 2 arcs postérieurs des 2 vertèbres, pour pénétrer dans le canal vertébral, en enlevant un petit fragment de ligament et un peu d’os aussi, de manière à donner un jour suffisant sur le conflit entre la racine nerveuse et la hernie. La racine est écartée, puisque la hernie est devant elle, puis la hernie est découpée, ôtée, y compris les éventuels fragments migrés vers le haut ou le bas (le scanner et-ou l’IRM permettent de les prévoir), puis le disque est vidé d’avantage de tout son contenu fluide, pâteux, **malade**, qui pourrait provoquer une récurrence de la hernie. **Le disque n’est pas enlevé**, il est vidé, dégonflé, afin d’éviter qu’il ne se remette sous pression plus tard et refasse une HD.

Dans certains cas, la hernie est située latéralement dans le foramen vertébral, on parle de **hernie foraminale**. On réalise alors une fenêtre au bord latéral de l’arc postérieur sans pénétrer dans le canal vertébral.

Dans de rares cas, la hernie est située très latéralement en dehors du canal vertébral, on parle de **hernie extra-foraminale**. L’incision est alors décalée de quelques cm par rapport à la ligne médiane, les muscles para vertébraux ne sont pas desinsérés mais juste traversés. Les suites opératoires sont souvent moins douloureuses que lorsque on doit passer par la ligne médiane.

À la fin de l’intervention, le nerf que l’on a trouvé comprimé et tendu doit être parfaitement libre et détendu puis il est mis en place un cathéter péri-dural qui servira à injecter des calmants puissants directement au niveau de la zone opératoire pendant 1 à 2 jours (mise en place non systématique et seulement quand on doit pénétrer le canal).

Dans certains cas, si votre disque est très malade il est possible de diminuer sa mobilité et donc d’éviter une récurrence en mettant en place une cale amortissante entre les apophyses épineuses (en silicone ou peek) et une ligamentoplastie inter-épineuse.

Sauf exception, la fermeture se fait sans drain, avec un fil qui se résorbera tout seul.

Bien souvent, dès le réveil la sciatique a disparu, parfois, il faut attendre 2 ou 3 jours, voire plusieurs semaines pour que le soulagement apparaisse, en particulier lorsque le nerf était très inflammatoire (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 décoller le nerf de la hernie. Globalement le soulagement est ressenti d'autant plus vivement que le conflit trouvé est intense.

Lorsqu'il y avait déjà des "fourmis", elles peuvent mettre quelques semaines à disparaître.

S'il y avait déjà une paralysie du nerf, 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 levé avec l'aide du kinésithérapeute.

Le kiné. vous montrera comment on se lève, comment on doit s'asseoir : une cuisse dans le prolongement du buste pour les hernies L5S1 pendant 15 jours et normalement d'emblée pour les autres niveaux.

Le premier jour (J+1), premier levé avec le kiné puis vous vous lèverez tout seul et marcherez dans la chambre puis le couloir.

Le lendemain (J+2), vous vous lèverez de mieux en mieux et marcherez dans le parc, dehors, vous monterez et descendrez les escaliers, et commencerez à parler de départ !

Le jour suivant (J+3), jour de la sortie pour rejoindre votre domicile.

Pendant le séjour, vous serez calmés des douleurs lombaires, qui ne sont pas très vives, avec des antalgiques ordinaires (type Dafalgan ou Ixprim) et un décontractant pour le muscle (Valium).

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.

Si le sommeil est troublé pendant le séjour par des douleurs sciatiques, la prise d'un Hypnotique au coucher rendra service au début.

Dans les semaines qui suivent (4 à 6), on vous recommande de ne faire aucun effort, de ne pas trop s'asseoir, de faire de la marche à pied à votre rythme (en moyenne : 1 km/jr après une semaine, 2-3 km/jr après 3 semaines, au moins 4 après un mois.), d'éviter la voiture pendant 15 jours (ou alors couché). Vous porterez un corset lombaire en tissus, qu'il n'est pas nécessaire de porter la nuit, pendant le premier mois post-opératoire.

La position assise conventionnelle est interdite pendant 15 jours en cas de hernie discale L5S1, mais vous pourrez vous asseoir en gardant une cuisse dans le prolongement du buste. Pour les autres localisations de hernie discale (au-dessus de L5S1), la position assise est habituellement autorisée sauf avis contraire de votre chirurgien (cela dépend des constatations per-opératoire).

Pour effectuer vos besoins naturels aux toilettes, la position assise normale est autorisée, quelle que soit le disque opéré.

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

Que peut-on attendre de la chirurgie de la hernie discale ? :

Avant tout de **vous débarrasser de la névralgie sciatique, avec une efficacité proche de 90 %** à trois mois, de **prévenir le risque de récurrence** (<10 %), puisque la partie la plus malade du disque a été enlevée, et enfin **d'augmenter les chances de récupération des déficits** (= paralysie), s'il y en avait avant l'intervention.

En revanche, **l'intervention n'a pas pour ambition de traiter le "mal de dos", ou lombalgie**. La lombalgie peut-être améliorée dans certains cas.

En fait s'il n'y avait pas de lombalgie avant l'intervention, vous avez le maximum de chance de ne pas en avoir après, sauf pendant les toutes premières semaines, puisque le disque a été vidé, il va se pincer, ce qui occasionne bien souvent du mal de dos pendant un mois ou 2.

Par contre, si vous avez mal au dos beaucoup et depuis longtemps, c'est sans doute parce que le disque est très malade, ou qu'il y a de l'arthrose associée (maladie de l'articulation), ou que plusieurs disques sont malades. Dans ce cas, il ne faut pas attendre d'une simple décompression d'un disque plus que ce qu'elle ne peut donner, et l'intervention vous soulagera de la sciatique mais pas toujours de la lombalgie. Dans ce cas-là, elle ambitionne au mieux de ne pas l'aggraver. Le chirurgien devra prendre garde de ne pas déstabiliser davantage une colonne déjà malade.

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 (1 décès sur 15.000 en France) et malgré de constants progrès, nous ne pouvons que tendre vers le 0 % de problème sans l'atteindre (allergies, défaillances cardiaques, 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 : 1/400) 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 de d'hématome post-opératoire pouvant conduire à une paralysie, favorisé par les anti-coagulants rendus nécessaires par le risque de phlébite (!), est faible mais non nul, et 1 fois sur 1000 environ, il faut reprendre au bloc opératoire un opéré qui fait un hématome compressif avec paralysie.

- le risque infectieux (discite infectieuse) est inférieur à 1/500 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 de la cicatrice (infection superficielle) est possible car souvent déclenchée par une allergie au fil utilisé pour suturer la peau. Ce dernier problème est souvent réglé par des soins pendant plusieurs semaines et quelquefois par une reprise chirurgicale de la cicatrice (souvent sous simple anesthésie locale).

- 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 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 de d'erreur de niveau : il est considérablement réduit par le repérage aux Rayons X du niveau du disque 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.

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 du disque ! 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 tête pendant l'intervention : nous n'utilisons pas de tête mais un coussin en mousse pour l'appui du visage.

- 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, la prise de certains médicaments et toute affection chronique en général (diabète, trouble de la coagulation, maladies du foie, mauvais état vasculaire, cardiaque, pulmonaire etc...).

Quels sont les risques évolutifs ?

Tout patient opéré d'une hernie discale est clairement informé qu'il restera porteur d'un disque malade (on ne lui a pas changé son disque) et que ce disque malade peut ne plus jamais entraîner de douleurs, ou donner de temps en temps de petits "soucis" lombaires, ou au contraire provoquer une lombalgie tenace, et que ce n'est pas une complication ou "chose anormale" dans les suites de la décompression d'un disque malade. On estime que 20 % des opérés restent lombalgiques, mais presque tous, parmi eux, l'étaient déjà avant, et bien sûr tous ne le sont pas de façon sévère.

Enfin ce disque malade, qui reste mobile, fonctionnel, peut non seulement entraîner du mal de dos, il peut aussi se remettre sous pression des mois ou des années plus tard, et se redéformer, c'est la récurrence de la hernie (<10 %).

De plus, cette maladie dégénérative peut toucher d'autres disques, celui du dessus ou du dessous, sans que l'intervention pour la première hernie ne soit à l'origine de la survenue.

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.

En cas de récurrence de hernie discale, avec réapparition de sciatique ou de cruralgie et/ou devant la persistance ou l'aggravation d'une lombalgie invalidante votre chirurgien saura vous proposer des solutions adaptées à votre cas, que ce soit des solutions chirurgicales (ligamentoplastie, blocage du disque ou « arthrolyse » ou Prothèse discale) ou médicales (traitement à visée neurologique ou kinésithérapie).