

# Arthrodèse antérieure pour Lombalgies

vendredi, 17 février 2012

« **Madame, monsieur,**

*Vous devez être opéré(e) / l'un de vos proche doit être opéré d'une affection neurochirurgicale crânienne ou rachidienne et vous vous posez un certain nombre de questions sur la façon dont cette intervention va se dérouler ainsi que sur la période qui entoure cette chirurgie. Les fiches qui sont disponibles dans cette rubrique sont élaborées par les neurochirurgiens sous l'égide de la SFNC. Ces fiches répondent à vos interrogations toutefois elles restent générales et ne rentrent pas dans le détail de votre cas personnel ; par conséquent, elles ne se substituent pas aux informations que vous délivre le chirurgien qui doit vous opérer et à qui vous devez poser toutes les questions qui vous semblent utiles à votre prise en charge. »*

## 1. Quelle est la pathologie / l'affection dont vous êtes porteur ?

Vous souffrez de douleurs lombaires en rapport avec une discopathie dégénérative douloureuse. Il s'agit d'une altération d'un de vos disques intervertébraux liée à des phénomènes d'usure et responsable d'une faillite mécanique douloureuse de ce moyen d'union vertébral. La situation peut se produire spontanément ou dans les suites plus ou moins proche d'une hernie discale. Des phénomènes d'inflammation ou d'œdème locaux peuvent participer aux douleurs ressenties. Une perte de hauteur ou un désalignement (spondylolisthésis, scoliose) entre les vertèbres peuvent aussi être responsables de conflits nerveux source d'irradiation douloureuse vers les membres inférieurs.



2. Quelle est l'histoire naturelle / le risque naturel de cette pathologie ? De telles affections sont pour la plupart d'origine dégénératives (vieillesse articulaire). Elles sont sources de douleurs lombaires et/ou radiculaires (racines nerveuses : sciatique, cruralgie,...) L'évolution peut parfois se faire vers une amélioration des douleurs par un processus de cicatrisation et d'ankylose. seul le caractère durable (> 6 mois) et rebelle des douleurs conduit à un avis chirurgical.

## 3. Pourquoi cette intervention est t'elle proposée ? Quelle est / quelles sont les justifications de l'acte thérapeutique proposé ?

► Objectif diagnostique ?

La chirurgie de la colonne vertébrale n'est habituellement recommandée que lorsque votre médecin peut localiser la source de votre douleur. Pour ce faire, il peut utiliser les tests d'imagerie,

comme les radiographies, la tomodensitométrie (scanner) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

► Curatif ?

L'idée de base est de fusionner les vertèbres douloureuses, afin qu'elles guérissent comme un os unique et solide. C'est essentiellement un processus de « soudure ». Plusieurs solutions chirurgicales existent consistant à enlever le disque intervertébral. Lorsque l'espace discal est très réduit, une ou plusieurs entretoises, ou « cages », peuvent être placées entre les vertèbres pour restituer un espace intervertébral satisfaisant. Elles contiennent généralement un matériel de greffe osseuse.



► Fonctionnel ? En "soudant" les vertèbres. L'arthrodèse intervertébrale empêche les conflits articulaires douloureux, évite également l'étirement des nerfs, des muscles et des ligaments environnants.

Toutefois elle supprime une part de la souplesse la colonne vertébrale, pouvant ajouter aux contraintes mécaniques exercées sur les segments rachidiens adjacents.

En impliquant seulement de courts segments, elle ne limite pas beaucoup le mouvement global de la colonne vertébrale.

Les alternatives ou compléments à l'intervention chirurgicale sont la poursuite du traitement médical (antalgiques, anti-inflammatoires, ...), la rééducation fonctionnelle, les mesures préventives et l'adaptation des activités.

#### **4. Quels sont les principes techniques de l'acte chirurgical ?**

Les différents temps de l'intervention :

Elle se déroule sous anesthésie générale. Le chirurgien accède à la colonne vertébrale par une incision sur la partie basse de l'abdomen au milieu ou sur le côté. La longueur de l'incision dépend de l'emplacement et du nombre des vertèbres à consolider. L'approche la plus courante consiste à passer entre le péritoine (membrane qui entoure les intestins) et la paroi abdominale pour atteindre le devant de la colonne vertébrale. Une fois l'espace intervertébral exposé, le disque dégénératif est enlevé. Pour consolider la colonne, on utilise divers types d'implants ainsi que des greffes osseuses. Les implants (vis, plaques, cages intersomatiques) fournissent une fixation immédiate permettant à l'os de se reconstituer lentement autour. Le but des implants est aussi de corriger un éventuel déséquilibre de la colonne en restituant une hauteur discale proche de la normale et une courbure harmonieuse. L'os utilisé pour la greffe est prélevé le plus souvent sur le bassin. Quelques fois un substitut osseux synthétique est additionné à l'os pour augmenter le volume de la greffe. La greffe peut aussi être remplacée par l'utilisation d'un inducteur d'ossification.

La plaie est refermée en laissant souvent en place un drainage par un tuyau en plastique relié à une bouteille aspirant le sang, qui sera enlevée 1 à 2 jours après l'intervention.

## 5. Comment les choses vont t'elles se dérouler en pratique pendant l'hospitalisation ?

- ▶ **Accueil dans le service**– vérification de votre dossier La visite préopératoire du médecin qui répondra à vos questions
- ▶ **Le jour de l'intervention** Juste avant votre intervention, vous serez interrogé pour une ultime vérification de votre identité et de votre pathologie dans le cadre de la check-list pré-opératoire.
- ▶ Le parcours, en fonction de l'intervention et des pratiques, sera la salle de réveil puis le retour en chambre, ou le séjour aux soins intensifs pour une surveillance plus étroite
- ▶ La prise en charge de la **douleur est une de nos priorités selon des protocoles adaptés**
- ▶ La surveillance régulière de certains paramètres sera effectuée par l'équipe soignante : Le pansement, vos constantes générales (poul, TA, T°, respiration, ...) et neurologiques
- ▶ Le premier lever / l'alimentation / la kinésithérapie / le retrait de la perfusion, du drain ou de la sonde urinaire éventuellement mis en place en post-opératoire seront autorisés par l'équipe soignante
- ▶ Certaines mesures spécifiques telles que des prélèvements sanguins, la réalisation d'images, des avis spécialisés complémentaires seront fonction de votre intervention
- ▶ l'ensemble de l'équipe sera à votre écoute

## 6. Quels sont les risques de l'acte proposé ?

Généralité sur le risque : la culture du risque est maintenant ancrée dans la pratique chirurgicale. Par conséquent le binôme chirurgien / anesthésiste a le devoir de vous informer sur les risques liés à votre intervention et il répondra aux questions que vous lui posez.

Les complications générales : Les risques inhérents à toute intervention chirurgicale :

1.1. **Les risques propres à l'anesthésie** vous seront expliqués par le médecin anesthésiste.

1.2. **Les troubles de cicatrisation** sont très rares. Ils peuvent imposer une nouvelle intervention.

1.3. Le positionnement sur la table d'opération veille à prévenir les compressions de la peau, des vaisseaux, ou des nerfs qui demeurent néanmoins possibles

1.4. **Le risque de phlébite** (veine obstruée par un caillot sanguin) est faible. Un traitement anticoagulant préventif est habituellement prescrit particulièrement en cas de prédisposition, ou lorsque l'alitement se poursuit au-delà de 24 heures. Une embolie pulmonaire peut, à l'extrême, se produire. Il s'agit d'une complication grave, parfois mortelle.

La survenue après l'intervention d'une douleur d'un mollet avec la constatation d'une jambe gonflée, rouge ou chaude doit conduire à prendre rapidement l'avis d'un médecin de même que la survenue d'une douleur thoracique et/ou de difficultés à respirer.

Les risques propres à cette intervention chirurgicale sur le rachis :

1.1. **Un résultat insuffisant** est de loin le plus fréquent, malgré une technique parfaite, des suites simples et une rééducation bien conduite des douleurs lombaires peuvent persister souvent moins importantes qu'avant l'intervention, mais la garantie d'une indolence totale est impossible. Il en est de même des douleurs des membres inférieurs (sciatiques ou cruralgies) qui diminuent dans la grande majorité des cas. Malgré cela leur persistance peut être le fait d'une compression trop longue ou trop sévère, entraînant une lésion de la racine, d'évolution variable, mais pouvant nécessiter la prise prolongée d'antalgiques.

1.2. **Un hématome** peut survenir sur le trajet de l'intervention ; s'il est volumineux, il peut entraîner une compression des nerfs contenus dans le canal lombaire, et causer douleurs, paralysies, anesthésies, troubles urinaires ou du sphincter anal (incontinence ou rétention) : syndrome de la queue de cheval. Une réintervention pour évacuation de l'hématome est nécessaire.

1.3. **Des complications neurologiques** peuvent survenir : troubles sensitifs (douleurs,

insensibilité, paresthésies) ou troubles moteurs avec paralysie, beaucoup plus rares. Ces troubles sont le plus souvent transitoires, très rarement définitifs et peuvent nécessiter une réintervention pour repositionnement d'un implant par exemple.

1.4. **Des troubles urinaires** (difficultés ou impossibilité à uriner) apparaissent parfois dans les 24 premières heures ; la vessie doit alors être vidée à l'aide d'une sonde urinaire. Ces troubles sont très habituellement transitoires.

1.5. **Des troubles digestifs** peuvent survenir (ballonnements, retard à la réapparition des selles, exceptionnellement occlusion intestinale). Ils constituent beaucoup plus souvent des désagréments que des complications.

1.6. **L'infection du site opératoire est rare** (0,1% à 1% en dépit des précautions prises : règles d'aseptie, antibioprophylaxie...). Il s'agit le plus souvent d'une infection superficielle, réglée par des soins adaptés. Une réintervention pour nettoyage local est parfois nécessaire. Les infections profondes sont rares mais peuvent conduire à l'ablation du matériel implanté. Des séquelles, notamment douloureuses, peuvent persister définitivement. Le risque infectieux est majoré chez les patients fumeurs.

1.7. Une **lésion des gros vaisseaux abdominaux** (aorte, veine cave, vaisseaux iliaques) situés en avant du rachis, par les instruments chirurgicaux, ou par des implants qui servent à fixer la colonne, peut entraîner une hémorragie grave, et à l'extrême le décès.

1.8. **L'écartement des artères** situées en avant de la colonne peut aussi entraîner la migration d'un caillot et entraîner une ischémie c'est à dire l'absence d'irrigation d'un ou des deux membres inférieurs nécessitant une intervention urgente complémentaire de désobstruction. Ce risque est plus important chez les fumeurs et les patients ayant une artérite préalable (dépôts de cholestérol dans les artères).

1.9. **Complications sexuelles** : exceptionnelles, dues à la souffrance du nerf présacré lors de l'intervention, pouvant entraîner une éjaculation rétrograde chez l'homme (absence d'émission de sperme), ou une sécheresse vaginale ou une envie plus fréquente d'uriner chez la femme, la plupart du temps réversibles.

1.10. **Le risque de lésion d'un autre viscère abdominal** (intestin, uretère) est très exceptionnel mais peut conduire à des complications graves surtout infectieuses

1.11. **Le risque d'hémorragie** importante pendant l'intervention est faible, mais non nul. La perte sanguine durant l'intervention est variable en fonction du patient, de l'étendue de l'arthrodèse, de la durée d'intervention et des complications éventuelles. Elle peut être compensée par une auto-transfusion (don de son propre sang avant l'intervention), une prise d'érythropoïétine (médicament qui stimule la fabrication des globules rouges) avant l'intervention ou une récupération du sang pendant l'intervention. Une transfusion peut malgré tout être nécessaire.

Une transfusion sanguine peut, à l'extrême, s'avérer nécessaire. Elle comporte un risque très faible mais non nul de contamination (hépatite, HIV).

1.12. A long terme le blocage ou la soudure d'une ou plusieurs vertèbres peut entraîner un excès de travail des disques voisins et **accélérer leur vieillissement** pouvant conduire à une ou des réinterventions.

1.13. **L'absence de consolidation de la greffe** (ce risque est particulièrement élevé chez les fumeurs) peut entraîner une persistance ou une récurrence des douleurs. Le diagnostic est souvent difficile et demande des examens complémentaires, le bris du matériel implanté (vis, tige ou plaque) peut être le signe de cette complication qui peut conduire le chirurgien à réintervenir pour refaire une greffe et changer éventuellement d'implants.

1.14. **La mobilisation du matériel**, c'est-à-dire l'existence de micro mouvements à l'origine de douleurs, malgré une greffe consolidée peut être liée à une qualité osseuse insuffisante (ostéoporose) qui peut conduire à des changements de matériel ou leur ablation.

### 1.15. Et des **autres complications non encore décrites** ...

Certains antécédents, certaines particularités, affections ou maladies (malformations, diabète, obésité, artérite ou autres affections vasculaires, alcoolisme, tabagisme, toxicomanies, comportements addictifs, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, maladies du foie, maladies sanguines, tumeurs, séquelles d'interventions ou de traumatismes, etc...) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications particulières, parfois graves, à l'extrême mortelles.

L'objectif de l'équipe soignante est de prévenir / réduire au mieux la survenue de telles complications. Si ces complications surviennent l'équipe aura pour préoccupation de les dépister précocement, de vous en informer et de les traiter selon les règles de bonne pratique

Les suites de l'intervention sont habituellement peu douloureuses, bien contrôlées par le traitement analgésique.

Le retour à domicile est possible après 3 à 10 jours. La marche est recommandée. L'arrêt de travail est -selon les professions- de 2 à 3 mois, parfois plus.

## **7. A votre sortie**

Votre chirurgien vous aura fait des recommandations. Le processus de fusion prend du temps. Il peut être de plusieurs mois avant que l'os soit solide, bien que votre niveau de confort s'améliorera souvent beaucoup plus rapidement. Pendant ce temps de guérison, la colonne vertébrale fusionnée doit être maintenue en alignement approprié. Des conseils vous seront donnés pour vous déplacer correctement, vous mobiliser, s'asseoir, se tenir debout et marcher. Vos symptômes s'amélioreront progressivement vous permettant d'augmenter progressivement votre niveau d'activité. Maintenir un mode de vie sain et en suivant les instructions de votre médecin augmenteront considérablement vos chances de réussite.

Votre médecin référent recevra un compte-rendu détaillé de votre hospitalisation avec le compte rendu opératoire.

L'accès au dossier médical est réglementé par la loi. Vous y avez accès par l'intermédiaire de votre médecin.

## **8. Le suivi à distance de l'intervention**

Le lien avec le médecin traitant et les spécialistes seront assurés par le compte rendu d'hospitalisation et les courriers de suivis qui leur seront adressés La surveillance clinique, radiologique, voire biologique, sera assurée en lien avec votre médecin généraliste par votre chirurgien que vous reverrez en consultation.

Cette fiche est conçue pour fournir un support, et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. L'énumération des risques encourus ne peut pas être exhaustive. Une information orale peut, seule, être adaptée au patient et à sa demande ; elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée

---