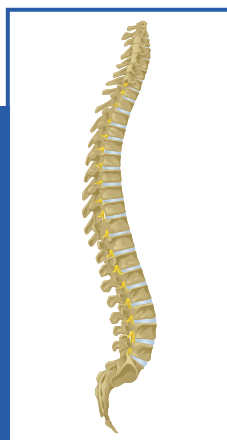




# INTERVENTION POUR **HERNIE DISCALE LOMBAIRE**



PÔLE LOCOMOTEUR  
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, RÉPARATRICE  
ET TRAUMATOLOGIQUE

## INTRODUCTION

---

Un disque normal est formé d'un anneau fibreux périphérique (annulus) et d'un noyau gélatineux (nucleus).

L'annulus fibrosus est le siège de micro-traumatismes et de micro-fissures qui peuvent aboutir à l'extériorisation du nucléus.

Le nucleus peut bomber sous le ligament intact (hernie ou protrusion discale) ou s'extérioriser à travers une brèche dans le ligament (hernie exclue). La compression d'une ou de plusieurs racines nerveuses peut en résulter.

Les signes cliniques sont :

- la lombalgie ;
- la contracture ;
- la radiculalgie :
  - sciatique (si racine L5 ou S1) ;
  - cruralgie (si racine L4).

Le scanner ou l'IRM confirme le diagnostic.

Sur une coupe axiale, la hernie peut être médiane, postéro-médiane, foraminale ou extra-foraminale.

Sur une coupe sagittale, la hernie peut être directe, migrée vers le haut ou vers le bas ou exclue.

Le traitement médical repose sur le repos (arrêt de travail), les antalgiques et anti-inflammatoires, la ceinture et la rééducation.

Le traitement médical renforcé repose sur les infiltrations épidurales (trois).

La chirurgie se discute après inefficacité du traitement médical bien fait, bien conduit pendant trois mois ou plus tôt en cas de sciatique paralysante ou hyperalgique.

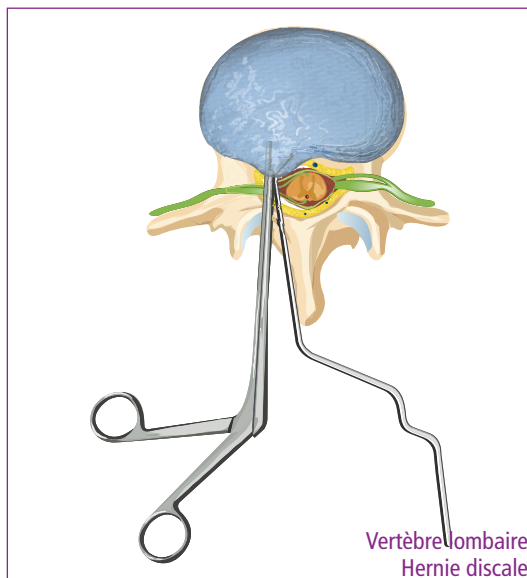
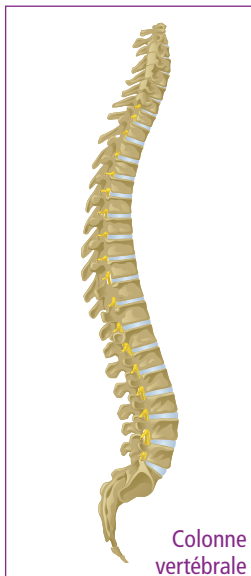
## En quoi consiste l'intervention ?

Le but de l'intervention est de libérer ("décoincer") la racine nerveuse comprimée, et de faire disparaître la douleur sciatique ; ce but est obtenu dans environ 85 % des cas.

Il n'est jamais possible d'assurer que les troubles sensitifs ou moteurs disparaîtront complètement : la racine nerveuse peut avoir été comprimée trop ou trop longtemps et avoir été abîmée.

L'intervention ne "remet pas le disque à neuf" ; les lésions de dégénérescence discale persisteront, et une partie plus ou moins importante des douleurs lombaires persistera après l'intervention. Aucune intervention ne remet l'organisme "à neuf". Aucun résultat n'est jamais garanti à 100 %.

Elle a pour but de libérer la racine nerveuse de la compression et se déroule le plus souvent sous anesthésie générale. Le chirurgien accède au disque par une courte incision (3 à 4 cm), en écartant latéralement la ou les racines ; il retire la hernie discale, vide le centre du disque, pour éviter qu'un fragment libre ne se mobilise et entraîne une récurrence de la compression. Le disque n'est jamais entièrement enlevé. La libération de la racine exige parfois un geste de libération complémentaire («grignotage») si des éléments osseux contribuent à la compression de la racine. Il est parfois nécessaire, lorsque la situation de la hernie l'impose, d'enlever une partie de la vertèbre (foraminotomie, arthrectomie, laminectomie) pour libérer convenablement la ou les racines comprimées. Une transfusion n'est habituellement pas nécessaire. Une intervention chirurgicale laisse toujours des traces cicatricielles, superficielles et profondes.



## Quels sont les risques encourus ?

### Les risques inhérents

à toute intervention chirurgicale

- Les **risques propres à l'anesthésie** vous seront expliqués par le médecin anesthésiste.
- Les **troubles de cicatrisation** sont très rares. Ils peuvent imposer une nouvelle intervention.
- Le positionnement sur la table d'opération peut causer des compressions de la peau, des vaisseaux, ou des nerfs.
- Le **risque de phlébite** est faible. Un traitement anticoagulant préventif n'est nécessaire qu'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.

### Les risques propres

à cette intervention chirurgicale sur le rachis

- Le **risque d'erreur de niveau est faible**, mais réel. Pour cette raison, vous devez impérativement apporter vos radiographies, scanner, IRM, nécessaires au chirurgien pour l'intervention. Ce risque est considérablement réduit par le repérage radioscopique effectué immédiatement avant l'intervention. Il est plus élevé chez les patients corpulents ( $\geq 90$  kg).
- Une **brèche de la dure-mère** (enveloppe contenant le LCR, liquide céphalo-rachidien, et les racines nerveuses) peut survenir pendant l'intervention, en dépit des précautions prises. Elle peut, le plus souvent, être fermée par le chirurgien. Il s'agit alors d'un incident sans conséquence. Elle peut se compliquer par une fuite de LCR, soit contenue dans les parties molles (ménincoèle) soit s'écoulant par la cicatrice (fistule). Une infection du LCR peut alors survenir ; il s'agit d'une complication très rare mais potentiellement grave, demandant un traitement spécifique. Une nouvelle intervention peut être nécessaire.
- 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.

## Les risques propres

à cette intervention chirurgicale sur le rachis

- Des **complications neurologiques** peuvent survenir : troubles sensitifs (insensibilité, paresthésies) ; troubles moteurs avec paralysie, très rare, souvent d'origine ischémique (défaut d'irrigation sanguine) ; ces troubles sont le plus souvent transitoires, très rarement définitifs.
- 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. Ces troubles sont très habituellement transitoires.
- Des **troubles digestifs** peuvent survenir (ballonnements, retard à la réapparition des selles, exceptionnellement occlusion intestinale). Ils constituent beaucoup plus souvent des désagrémentes que des complications.
- L'**infection du site opératoire** est rare (0,1% à 1% en dépit des précautions prises). Il s'agit le plus souvent d'une infection superficielle, qui peut être réglée par des soins adaptés. Une nouvelle intervention pour nettoyage local est parfois nécessaire. Les infections profondes (discites = infections du disque) sont rares. Le disque, non vascularisé, se défend mal contre les microbes : le traitement peut être long et difficile. Des séquelles, notamment douloureuses, peuvent persister définitivement.

Une récurrence de la hernie discale (sur le même disque) est possible, dans 2% à 5% des cas, avec 2 pics de fréquence : dans les premiers mois, ou après 5 ans.



## Les risques exceptionnels

mais décrits dans des publications médicales

- Une **lésion des gros vaisseaux abdominaux** (aorte, veine cave, vaisseaux iliaques) situés en avant du rachis, par les instruments utilisés pour vider le disque ou par des vis qui servent à fixer la colonne, peut entraîner une hémorragie grave, et à l'extrême le décès.
- Le risque de **lésion d'un autre viscère abdominal** (intestin, urètre) est très exceptionnel.
- Le **risque d'hémorragie importante** pendant l'intervention est extrêmement faible, mais non nul. Une transfusion sanguine peut, à l'extrême, s'avérer nécessaire. Toute transfusion comporte un risque très faible mais non nul de contamination (hépatite, SIDA).

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.

## Quelles sont les suites de l'intervention ?

Les suites de l'intervention sont peu douloureuses, bien contrôlées par le traitement analgésique. La douleur sciatique disparaît soit dès le réveil, soit après quelques jours ; la paralysie demande au moins plusieurs jours à récupérer ; les troubles de la sensibilité demandent souvent plusieurs semaines avant de régresser. Une récupération complète des troubles sensitifs ou moteurs n'est jamais certaine.

Le lever est possible dès le soir ou le lendemain de l'intervention. Si un drain a été placé, il sera retiré le lendemain ou le surlendemain de l'intervention. Le retour à domicile est possible après 1 à 4 jours. La marche est recommandée.

Il faut éviter la voiture pendant 3 semaines. L'arrêt de travail est -selon les professions- de 4 semaines à 3 mois, parfois plus.

### LA SORTIE

Elle pourra être envisagée selon le cas au bout de 3 à 5 jours environ, en fonction de votre autonomie et de l'avis du chirurgien.

### LES 2 PREMIERS JOURS APRÈS L'INTERVENTION

- Vous serez allongé sur le dos avec des drains au niveau de la zone opératoire et vous aurez une perfusion. Un appareillage pourra être prescrit par le chirurgien selon la nature de votre intervention : minerve, corset, ceinture. Vous pourrez alors être levé avec l'aide du kinésithérapeute.
- Pour tout changement de position, vous serez aidé par le personnel soignant.
- Vous pourrez boire de l'eau, du thé ou bouillon, puis 48 heures après l'intervention, biscotte, café compote, yaourt, à la reprise des gaz.

### LE 3<sup>E</sup> JOUR APRÈS L'INTERVENTION

- Les drains et perfusion seront ôtés sur prescription médicale.
- Vous reprendrez progressivement une alimentation normale à la reprise du transit intestinal. Si nécessaire, vous aurez un traitement laxatif accompagné de compote de pruneaux et bisbien droit.



## LA RÉÉDUCATION

La rééducation commencera environ 45 à 90 jours après l'intervention selon la prescription du chirurgien donnée lors de la consultation (à 45 jours). En attendant, vous pourrez pratiquer la marche, monter des escaliers, voire faire du vélo d'appartement (dos droit).

Il est nécessaire de mobiliser immédiatement les jambes (pédalage dans le lit) jusqu'à environ 3 mois après l'opération.

## LA POSITION ASSISE

Elle se fera sur un siège haut et ferme, si possible avec accoudoirs en gardant les pieds au sol.

## LE LEVER ET LE COUCHER

### SE LEVER EN DISSOCIANT BIEN CHAQUE ÉTAPE

- 1 Se mettre sur le dos.
- 2 Plier les jambes.
- 3 Pivoter sur le côté.
- 4 S'asseoir au bord du lit en s'aidant des bras, le dos bien droit.
- 5 Se mettre debout en gardant le tronc le plus droit possible.



### POUR SE COUCHER

De façon strictement inverse au lever : s'asseoir les pieds au sol, bras bien en appui pour soutenir le dos, puis descendre sur le côté et remonter les jambes pliées.

### ATTENTION !

La voiture est fortement contre-indiquée le 1<sup>er</sup> mois jusqu'à l'avis du chirurgien lors de la 1<sup>re</sup> consultation post opératoire.



**DORMIR**

Il existe 2 positions possibles :



**Sur le dos**, avec un oreiller "demi-lune" plat.



**Sur le côté**, avec un genou plié.

**ATTENTION !**

Ne pas dormir sur le ventre.

**LA TOILETTE ET L'HABILLAGE**

Vous pourrez prendre une douche en gardant votre dos bien droit, jambes légèrement écartées, les pieds ouverts vers l'extérieur (si vous avez des fils, l'infirmière devra mettre un pansement imperméable).

Si port de corset : prévoir un tee-shirt sous corset.

Selon la prescription médicale, le couil peut être enlevé pour se laver en gardant le dos bien droit.

Si un corset plexidur a été prescrit, il doit être impérativement gardé en position debout, vous pourrez vous doucher avec, mais le faire essuyer par un tiers, lorsque vous serez allongé.

Il sera nécessaire de prévoir de l'aide pour laver les membres inférieurs et s'habiller.



# Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.





## PÔLE LOCOMOTEUR

Service de chirurgie orthopédique, réparatrice et traumatologique



Docteur Patrick Chatellier, Docteur Dotsé Bouaka, Docteur Jonathan Lebhar

