



INFORMATIONS THÉRAPEUTIQUES

LE CANAL LOMBAIRE ÉTROIT



PÔLE LOCOMOTEUR

SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, RÉPARATRICE ET TRAUMATOLOGIQUE

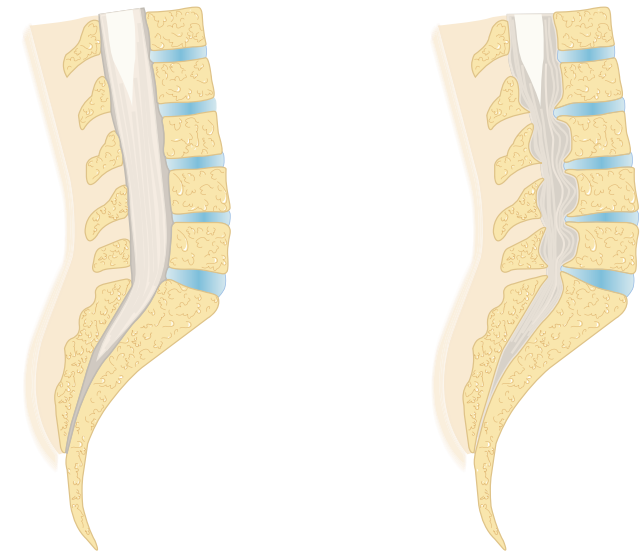
QU'EST-CE QU'UN CANAL LOMBAIRE ÉTROIT ?

La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée de vertèbres au milieu desquelles se trouve un canal : le canal rachidien. Celui-ci contient la moelle épinière et les nerfs. Au niveau lombaire, la moelle épinière s'arrête et le canal ne contient plus que les nerfs de la "queue de cheval" qui innervent les membres inférieurs et le périnée.

Ce canal est généralement assez large pour contenir sans problème toutes les racines nerveuses. Selon la constitution du patient ou à cause de phénomènes d'usure naturelle (arthrose), un rétrécissement du canal rachidien (sténose canalaire lombaire ou canal lombaire rétréci) peut survenir.

Ce rétrécissement ou "sténose" du canal rachidien va entraîner une compression des éléments nerveux contenus dans le canal rachidien et être à l'origine de :

- Difficultés à la marche : typiquement au début de la marche, tout est normal puis progressivement s'installent des douleurs, une sensation de faiblesse des membres inférieurs, des sensations d'engourdissement, de fourmillement, de picotement des jambes ; l'ensemble de ces signes va, plus ou moins rapidement, imposer l'arrêt de la marche. Puis, progressivement, avec le repos, ces sensations disparaissent, les douleurs s'apaisent permettant ainsi de reprendre la marche, mais elles réapparaîtront ensuite avec le même délai de marche (c'est la claudication neurogène intermittente) ;
- Douleurs des membres inférieurs (sciatique) survenant soit au repos, soit à l'effort ;
- Paralysie plus ou moins importante des membres inférieurs ou des fonctions sphinctériennes théoriquement possible mais rare.



Canal lombaire normal

Canal lombaire rétréci

QUELS ÉVOLUTION ET TRAITEMENTS MÉDICAUX ?

Seule l'intervention chirurgicale permet d'élargir le diamètre du canal rachidien.

Cependant, la découverte d'un canal lombaire étroit ne doit pas conduire systématiquement à une intervention.

Le traitement conservateur (antalgiques, anti-inflammatoires, infiltrations, rééducation et corset) peut, dans un premier temps, atténuer les douleurs. L'élément déterminant pour décider d'une intervention est donc la tolérance à cette situation.

Il n'y a pas d'inconvénient majeur à attendre, le risque de paralysie est rare et le fait de différer la chirurgie ne modifiera pas le résultat attendu. Une intervention est envisagée quand le patient a eu un traitement médical complet, quand il ne supporte plus la douleur ou en cas d'urgence :

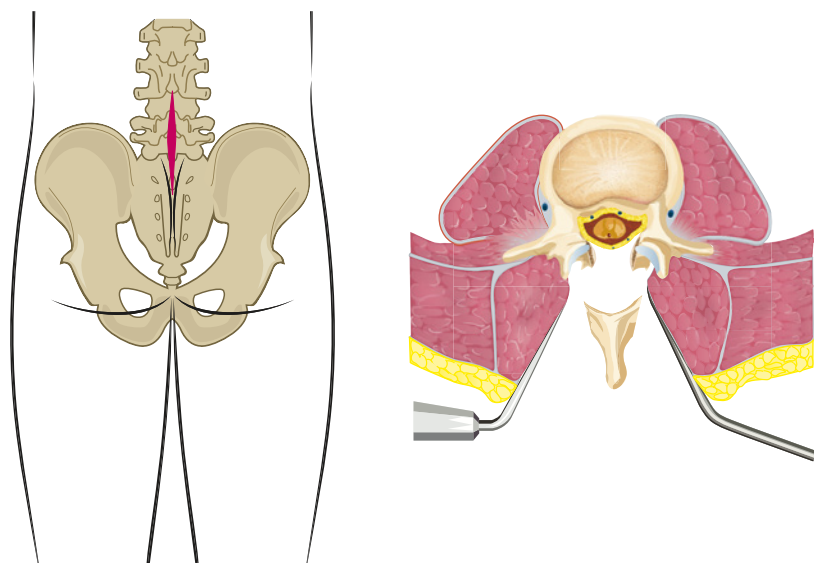
- déficit moteur (sciatique paralysante) ;
- douleur intolérable non soulagée par les morphiniques (sciatique hyperalgique) ;
- syndrome de la queue de cheval (troubles périnéaux, dysfonctionnements sphinctériens en particulier urinaires).

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le but de l'opération est de lever la compression des éléments nerveux. Pour cela, il faut supprimer une partie des tissus qui obstruent le canal (formations osseuses, surfaces articulaires, ligaments, voire parties de disques intervertébraux).

L'intervention se fera sous anesthésie générale. L'anesthésiste vous en précisera les modalités et les risques. Cette intervention se pratique en décubitus ventral. Une sonde urinaire est mise en place par l'anesthésiste. Un court examen radiologique, pratiqué sur la table d'opération, permet de localiser la partie du canal rachidien rétrécie et de déterminer précisément l'emplacement de l'incision cutanée.

L'incision cutanée se fait dans le dos ; la longueur de celle-ci dépend du nombre d'étages à opérer.



Incision dans le dos

Libération du canal

Cette libération des éléments nerveux est le geste de base.

Dans de rares cas de glissement d'une vertèbre par rapport à une autre (spondylolisthésis), d'antécédent de chirurgie lombaire, de rupture d'articulaire per-opératoire ou s'il faut effectuer une libération plus

importante, cela risque de perturber la statique rachidienne. La colonne vertébrale devient instable et responsable d'une gêne fonctionnelle. Pour que cette gêne et les douleurs soient soulagées et que la colonne puisse continuer à jouer son rôle protecteur, il va être nécessaire de fixer les vertèbres entre elles (arthrodèse) avec pose de vis, tiges et réalisation de greffe osseuse.

QUELS SONT LES RISQUES ENCOURUS ?

LES RISQUES INHÉRENTS À TOUTE CHIRURGIE DU RACHIS

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

- Les troubles de cicatrisation, désunion cicatricielle, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse ou douloureuse. 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.

D'une manière générale, l'acceptation d'une prise de risque, de complication ou d'incident, même exceptionnelle, mais éventuellement grave, est la contrepartie inévitable de l'efficacité du traitement proposé, quel qu'il soit, même médical.

L'absence de traitement elle-même n'est jamais dénuée de risque.

La chirurgie a ses limites, et ne permet jamais de refaire aucun organe, aucune articulation, à l'identique de la nature ; d'inévitables séquelles, le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu ; un résultat n'est jamais garanti d'avance. La plupart de ces complications guérissent sans séquelles, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser persister des séquelles fonctionnelles graves et définitives.

LES RISQUES PROPRES À CETTE CHIRURGIE

- Des engourdissements dans les membres inférieurs. L'expérience montre qu'ils disparaissent généralement de façon progressive.
- Le risque d'une paralysie partielle ou totale d'un segment musculaire (au niveau du pied le plus souvent). Ceci peut être temporaire mais malheureusement aussi définitif.
- La survenue d'un hématome rachidien (confirmée par une IRM en urgence) peut causer une paralysie nerveuse motrice, sensitive et des fonctions sphinctériennes urinaires et anales (= syndrome de la queue de cheval) et nécessiter une ré-intervention en urgence. Ce risque est plus important chez les patients sous anti-coagulant ou anti-agrégant plaquettaire même après arrêt momentané de ceux-ci.
- Le risque de fuite du liquide céphalo-rachidien peut survenir lorsque les méninges sont déchirées pendant l'intervention, même si elles sont recousues et étanchéifiées (méningocèle ou fistule méningée). Cela peut nécessiter une ré-intervention en urgence et impose ensuite le maintien au lit pendant 4-5 jours.
- Le risque d'infection demeure inférieur à 1 % mais c'est un vrai problème car il ne peut être totalement supprimé. L'important est de le prendre en charge avec des médecins en infectiologie. Ce risque peut justifier une reprise chirurgicale pour lavage et la prescription d'antibiotiques, qui augmente la durée d'hospitalisation.
- Certains risques sont liés à la position du patient pendant l'intervention : compression oculaire pouvant aller jusqu'à des troubles majeurs de la vision, les nerfs des membres inférieurs ou supérieurs peuvent être atteints ; dans de rares cas particuliers ces lésions persistent.
- Il peut y avoir formation de phlébite, migration, embolie pulmonaire, plus exceptionnelles sont les plaies vasculaires abdominales (veine cave ou aorte) pouvant causer une hémorragie importante voire le décès.
- Des difficultés à uriner apparaissent fréquemment dans les premières 24 heures après l'opération. Des ballonnements intestinaux désagréables peuvent également survenir.
- Si des paralysies ou des troubles de la sensibilité dans la région du fessier et/ou de l'anus apparaissent ou s'aggravent, il faut nous en informer immédiatement.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS ?

Le but de cette intervention est d'obtenir un soulagement de douleurs des membres inférieurs et d'améliorer la marche.

Ces interventions permettent un bon résultat dans 80 % des cas.

Le résultat est souvent moins favorable sur les douleurs du bas du dos (lombalgie) pour lesquelles il ne faut pas espérer un soulagement total.

Il n'est jamais possible d'assurer que des troubles sensitifs objectifs (diminution de la sensibilité, zone d'hypersensibilité) ou moteurs (paralysie plus ou moins importante d'un groupe musculaire du membre inférieur) disparaîtront complètement : la racine nerveuse peut avoir été comprimée trop longtemps et avoir été abîmée. Il en sera de même d'éventuels troubles sphinctériens (perte des fonctions urinaires ou anales).

Enfin, il faut savoir qu'en cas de paralysie pré-opératoire, les récupérations, si elles surviennent, sont très lentes, sur plusieurs mois.

Les lésions responsables d'une sténose du canal rachidien étant dégénératives, c'est-à-dire secondaires au vieillissement de la colonne vertébrale, elles seront toujours susceptibles de réapparaître plusieurs années après l'intervention, nécessitant parfois de recourir de nouveau à un traitement voire une opération.

QUELLES SONT LES SUITES DE L'INTERVENTION ?

LES 2 PREMIERS JOURS APRÈS L'INTERVENTION

- Vous serez allongé(e) 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(e) avec l'aide du kinésithérapeute.
- Pour tout changement de position, vous serez aidé(e) par le personnel soignant.
- Vous pourrez boire et reprendre une alimentation légère.

LE 3^E 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.

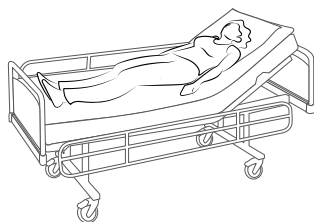
LA POSITION ASSISE

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

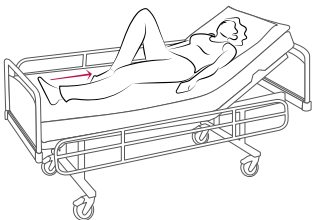
LE LEVER ET LE COUCHER

POUR SE LEVER

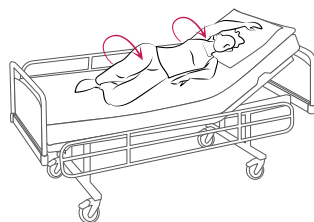
1 Se mettre sur le dos.



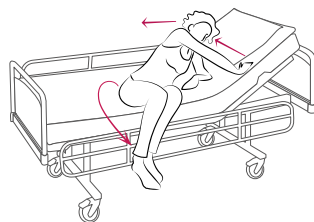
2 Plier les jambes.



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.

DORMIR

Il existe 2 positions possibles :

- Sur le dos, avec un oreiller "demi-lune" plat ;
- Sur le côté, avec un genou plié.

LA SORTIE

La sortie se fait en ambulance. La voiture est déconseillée le premier mois post-opératoire.

- Pour le confort, un lit médicalisé (sans potence) et un rehausseur de toilette sont prescrit pour une durée de 3 mois.
- Des chaussettes à varices (pour éviter la phlébite) sont prescrites pour un mois.
- Des soins par infirmier(e) libérale sont prescrits les 15 premiers jours. Les fils ou les agrafes sont à enlever à J15.
- Une ceinture de maintien lombaire ou un couil baleiné sur mesure est prescrit pour les 6 premières semaines.

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'infirmier(e) devra mettre un pansement imperméable).

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

Selon la prescription médicale, le coutil 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(e).

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

LA RÉÉDUCATION

La rééducation commencera environ 45 à 90 jours après l'intervention selon la prescription du chirurgien. En attendant vous pourrez marcher, voire faire du vélo d'appartement en gardant le dos bien droit.

Immédiatement après l'intervention, et ce durant 3 mois, il est nécessaire de mobiliser les jambes (pédalage sur le lit).

L'ARRÊT DE TRAVAIL

L'arrêt de travail est, selon les professions, de 2 à 3 mois.



MES NOTES

A series of horizontal dashed lines for taking notes, spanning the width of the page.

Fiche inspirée de celle réalisée par la Société Française de Chirurgie du Rachis pour vous aider à comprendre le problème dont vous êtes atteint et la chirurgie qui vous a été proposée.

Elle ne remplace pas les explications du chirurgien. N'hésitez pas à lui poser les questions que vous vous posez avant votre intervention.

PÔLE LOCOMOTEUR

SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, RÉPARATRICE
ET TRAUMATOLOGIQUE

HÔPITAL PONTCHAILLOU
BLOC HÔPITAL • REZ-DE-CHAUSSÉE

2 rue Henri Le Guilloux • 35033 Rennes cedex 9