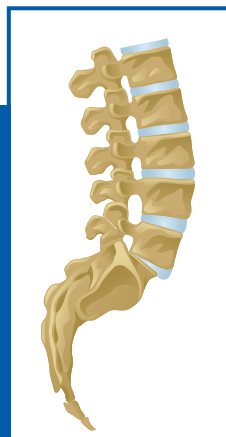


# INTERVENTION POUR **SPONDYLOLISTHÉSIS** (VOIE POSTÉRIEURE)



PÔLE LOCOMOTEUR  
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, RÉPARATRICE  
ET TRAUMATOLOGIQUE

## INTRODUCTION

*La découverte d'un spondylolisthésis ne doit pas conduire systématiquement à une intervention. Il est maintenant prouvé :*

- *que des patients peuvent être porteurs de spondylolisthésis sans aucune douleur.*
- *que des patients peuvent souffrir de douleurs en rapport avec un spondylolisthésis, et guérir avec le traitement médical.*

*Il existe actuellement un accord pour proposer une intervention pour un spondylolisthésis à des patients souffrant de douleurs des membres inférieurs (sciatique ou cruralgie), et de douleurs du dos (lombalgies), malgré le traitement médical bien conduit ayant comporté rééducation, corset, anti-inflammatoires, antalgiques, myorelaxants, et éventuellement infiltrations.*

*L'élément déterminant pour décider d'une intervention est la tolérance du patient à sa situation, on opère quand le patient a eu un traitement médical complet et "qu'il en a marre d'avoir mal".*

*Un déplacement très important ou une aggravation progressive du déplacement, notamment chez l'enfant, peut imposer l'intervention.*

*Il n'y a en règle pas d'urgence à opérer un spondylolisthésis, en dehors de trois situations exceptionnelles :*

- *sciatique paralysante : entraînant une paralysie du pied ;*
- *troubles pour uriner ;*
- *sciatique hyperalgique (restant très douloureuse malgré le traitement).*

*Techniquement, un spondylolisthésis est toujours opérable, mais on ne propose pas d'intervention quand on pense qu'il n'est pas responsable des douleurs du patient, ou qu'il y a peu de chances de l'améliorer.*

*Le but est d'obtenir un soulagement de la sciatique et des douleurs des membres inférieurs.*

*Les études récentes montrent que ces interventions permettent un tel bon résultat dans environ 80 % des cas. Le résultat est souvent moins favorable sur les lombalgies (douleurs du dos), pour lesquelles il ne faut pas espérer un soulagement total.*

*Ce sont souvent les douleurs du dos qui retardent la reprise du travail, surtout dans le cas d'une profession très physique.*

## En quoi consiste l'intervention ?

Si le patient souffre de douleurs dans les jambes, le but est de "libérer le nerf", sous anesthésie générale, en allant par une incision dans le bas du dos, aborder les vertèbres où passent les racines, et les réséquer pour libérer les racines nerveuses.

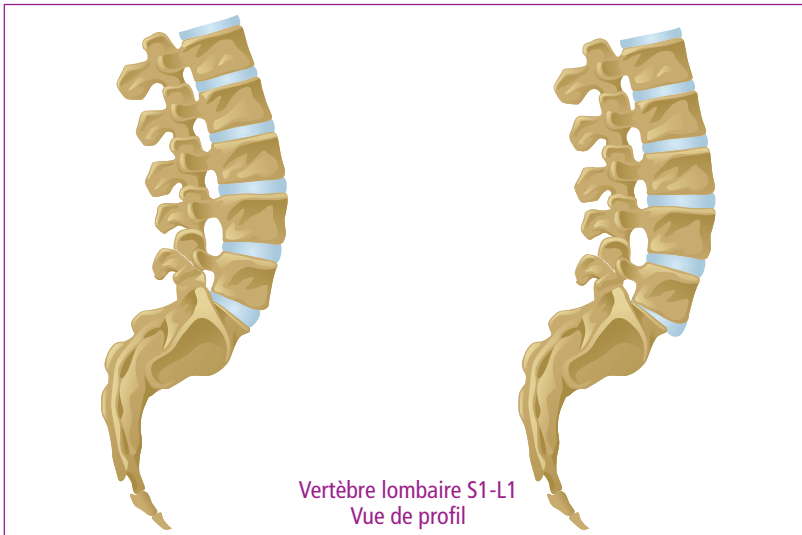
Il est très souvent nécessaire d'y ajouter une arthrodèse, qui est la fusion de deux ou plusieurs vertèbres entre elles, pour éviter que leurs mouvements exagérés soient aussi une cause de compression neurologique. Pour réaliser la fusion, on utilise une greffe osseuse placée entre les vertèbres en cause, (sur les cotés de la vertèbre, ou dans le disque), qui va, comme pour la consolidation d'une fracture, former un pont osseux entre les vertèbres, l'os utilisé pour la greffe étant prélevé localement ou sur la partie postérieure du bassin.

Pour immobiliser les segments, et en attendant la consolidation osseuse, il est souvent nécessaire de mettre en place du matériel métallique (en titane le plus souvent), vissé dans les vertèbres, appelé matériel d'ostéosynthèse ou instrumentation. Lorsqu'une greffe est réalisée dans le disque, la mise en place d'un implant en plastique (cage) peut être nécessaire.

Si la vertèbre est très déplacée, l'instrumentation peut permettre de corriger le déplacement. Il est rarement nécessaire de corriger complètement le déplacement.

La plaie est refermée en laissant en place un drainage, qui sera enlevé 2 à 3 jours après l'intervention.

La réalisation d'une deuxième intervention, par voie antérieure, pour compléter la greffe peut être nécessaire.



## 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 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 nerveuse partiellement irréversible.
- Une **brèche de la dure-mère** (enveloppe contenant le liquide céphalo-rachidien et les racines nerveuses) peut survenir pendant l'intervention, en dépit des précautions prises, notamment en cas de ré-intervention. 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 liquide céphalo-rachidien**, soit contenue dans les parties molles (méninocèle), soit s'écoulant par la cicatrice (fistule). Une infection du liquide céphalo-rachidien peut alors survenir ; il s'agit d'une complication très rare mais potentiellement grave, demandant un traitement spécifique.

*Les risques  
propres  
à cette intervention  
chirurgicale sur le rachis*

- 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 ré-intervention pour évacuation de l'hématome est nécessaire.
- Des **complications neurologiques** peuvent survenir : troubles sensitifs (douleurs, insensibilité, paresthésies) ou troubles moteurs avec paralysie, heureusement beaucoup plus rares, consécutifs à une compression liée au matériel implanté (vis, cage) ou aux manipulations de la racine nerveuse ou de la moelle épinière. Ces troubles sont le plus souvent transitoires, très rarement définitifs et peuvent nécessiter une ré-intervention pour repositionner un implant par exemple.
- 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.
- 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.
- 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, réglée par des soins adaptés. Une ré-intervention 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.
- 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.



Les **risques propres**  
à cette intervention  
chirurgicale sur le rachis

- 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 patients porteurs d'un risque cardiovasculaire.
- **Complications sexuelles** : exceptionnelles, dues à la souffrance du nerf pré-sacré lors de l'intervention, pouvant entraîner une éjaculation rétrograde chez l'homme (absence d'émission de sperme), ou une dyspareunie (= sécheresse vaginale chez la femme), la plupart du temps réversibles.
- Le **risque de lésion d'un autre viscère abdominal** (intestin, uretère) est très exceptionnel mais peut conduire à des complications graves surtout infectieuses.
- Le **risque d'hémorragie** importante pendant l'intervention est faible, mais non nul. Une transfusion sanguine peut, à l'extrême, s'avérer nécessaire. Elle comporte un risque très faible mais non nul de contamination (hépatite, HIV).
- À long terme, le blocage d'une ou plusieurs vertèbres peut entraîner un excès de travail des disques voisins et **accélérer leur vieillissement** pouvant conduire à une ou des ré-interventions.
- 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 ré-intervenir pour refaire une greffe, et changer éventuellement d'implants.
- 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.

*Les risques  
propres  
à cette intervention  
chirurgicale sur le rachis*

Certains antécédents (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 ?

Le kinésithérapeute vous apprendra dès le lendemain ou le surlendemain la technique pour vous lever, et vous pourrez le faire ensuite autant que vous le souhaitez. Vous pourrez sortir environ 5 jours après l'intervention, lorsque vous arriverez à marcher, à rester assis le temps d'un repas, et à monter et descendre un escalier. Le chirurgien est le plus à même de vous donner des précisions sur les délais nécessaires avant de pouvoir vous asseoir et entreprendre des trajets en voiture. Un arrêt de travail de 3 mois minimum est à prévoir.

Le port d'un corset pendant quelques semaines ou quelques mois peut s'imposer, notamment s'il n'a pas été réalisé d'instrumentation.

L'intervention ne peut se réaliser sans aucune douleur, mais celles-ci sont en général bien maîtrisées par les traitements analgésiques administrés après l'intervention. Le médecin anesthésiste est le plus à même de donner les informations utiles à ce propos.

### 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 et reprendre une alimentation légère.

### 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.

### 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.

### 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 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.

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 donnée lors de la consultation (à 45 jours). En attendant vous pourrez marcher, voire faire du vélo d'appartement.

## L'ARRÊT DE TRAVAIL

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

## Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## PÔLE LOCOMOTEUR

Service de chirurgie orthopédique, réparatrice et traumatologique



Docteur Patrick Chatellier, Docteur Dotsé Bouaka, Docteur Jonathan Lebhar

