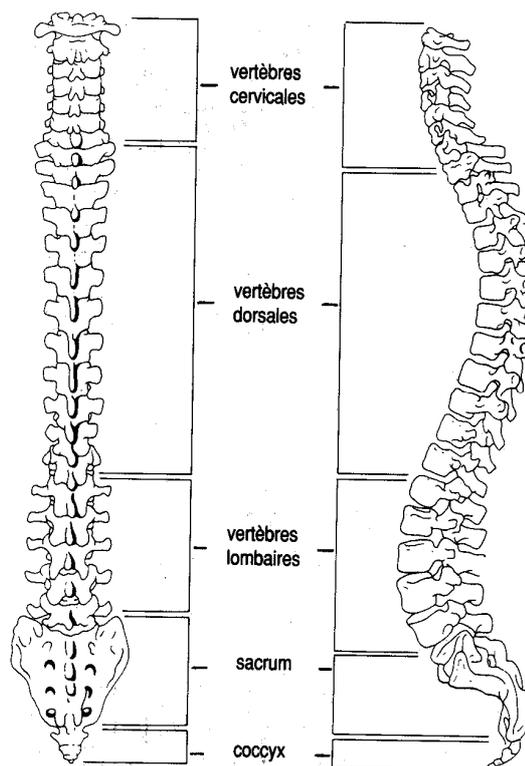


HERNIE DISCALE LOMBAIRE

L'intervention qui vous est proposée est destinée à extraire une hernie discale lombaire responsable de douleurs sciatiques. Une « hernie discale » est la migration d'un fragment d'un disque intervertébral. Si ce fragment comprime une racine nerveuse, il est responsable d'une douleur irradiant vers un membre inférieur (ce qu'on appelle communément une « sciatique »).

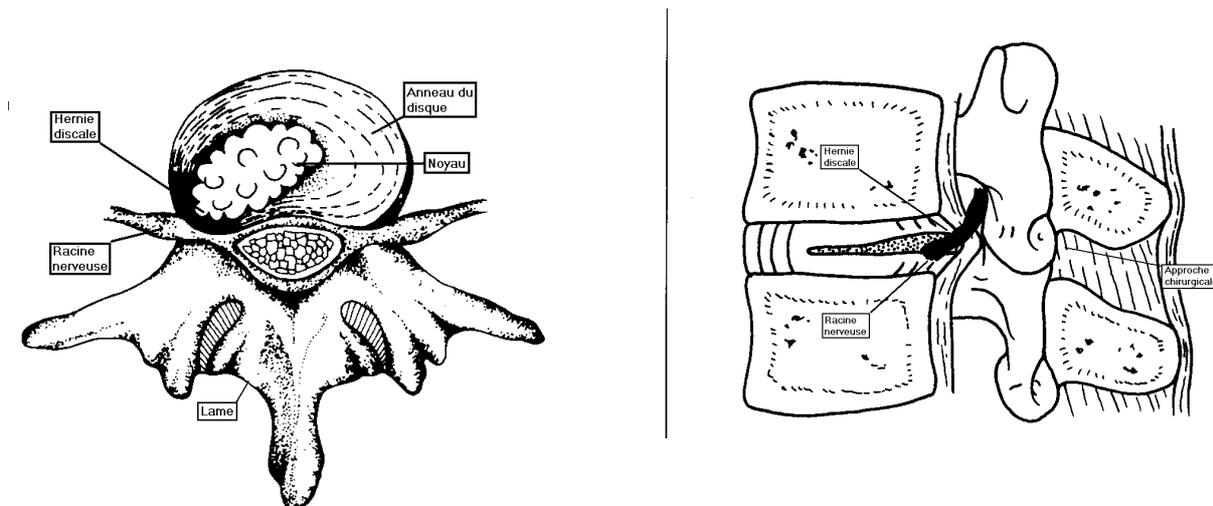
LA COLONNE VERTEBRALE :

La colonne vertébrale est normalement constituée de 24 pièces osseuses articulées entre-elles. Il existe 7 vertèbres cervicales, 12 vertèbres dorsales et 5 vertèbres lombaires. La dernière vertèbre lombaire s'articule avec le sacrum et le bassin. Les vertèbres sont articulées entre elles par l'intermédiaire des disques et des articulations postérieures. Au sein des vertèbres existe un canal (le canal rachidien) qui permet le passage de la moelle et des racines nerveuses. Entre les vertèbres existent de petits orifices (les foramens) qui laissent passer les racines nerveuses.



HERNIE DISCALE ET SCIATIQUE:

Les disques situés entre les vertèbres sont constitués de deux parties : au centre se trouve le noyau qui joue le rôle « d'amortisseur » entouré d'un anneau dont le rôle est de contenir le noyau. Le disque est constitué de 80% d'eau et de 20% de matière sèche. En vieillissant et sous l'effet de traumatismes répétés l'évolution du disque va se caractériser par un « dessèchement » (et donc diminution de volume). Au niveau de l'anneau, ce vieillissement et ces traumatismes peuvent entraîner l'apparition de fissures qui, lorsqu'elles sont suffisamment importantes, peuvent laisser « s'échapper » des fragments de noyau (hernies discales). Plus rarement, la hernie peut être liée à un traumatisme isolé. Le plus souvent ces fragments sont expulsés vers l'arrière et viennent comprimer une racine nerveuse juste à l'endroit où elle va sortir du canal rachidien (à l'entrée du foramen). Cette compression peut être responsable d'une sciatique (douleur descendant le long du membre inférieur). Au niveau lombaire, 90 à 95% des hernies discales lombaires se produisent entre la quatrième et la cinquième vertèbre (L4/L5) ou entre la cinquième vertèbre et le sacrum (L5/S1). Si la hernie est plus volumineuse, elle peut provoquer une compression des racines nerveuses des deux côtés (et donner une « sciatique » dans les 2 jambes), éventuellement provoquer un trouble des sphincters (perte de contrôle de la vessie et du sphincter anal) et chez l'homme une impuissance.



TRAITEMENT :

Le premier traitement proposé pour une hernie discale responsable d'une sciatique comprend le repos, les médicaments anti-inflammatoires et anti-douleurs et des relaxants musculaires. Dans certains cas, votre médecin pourra vous proposer une infiltration péri-durale (injection de médicaments dans la colonne à l'extérieur de la dure-mère, enveloppe entourant les nerfs). Si ce traitement « conservateur » échoue après quelques semaines ou si la sciatique s'accompagne d'une paralysie musculaire, un traitement chirurgical peut être envisagé. Il existe des « techniques percutanées » (introduction d'instruments au travers d'un petit tuyau traversant la peau) et des techniques plus classiques « à ciel ouvert » comportant une ouverture de la peau sur quelques centimètres. Les techniques consistant en une injection d'enzymes dans le disque sont pratiquement abandonnées du fait de leurs mauvais résultats. Les techniques « par laser » n'ont pas fait la preuve de leur efficacité jusqu'ici.

L'intervention dont les résultats sont actuellement les plus favorables est l'opération « à ciel ouvert » avec ou sans l'aide du microscope.

PREPARATION A L'INTERVENTION :

Avant l'intervention, une prise de sang avec étude de la coagulation et recherche de maladies infectieuses comme l'hépatite ou le SIDA est pratiquée. Un électrocardiogramme est le plus souvent réalisé. En fonction de votre âge et de vos antécédents, l'anesthésiste demandera éventuellement une radiographie des poumons. Les médicaments comme l'aspirine doivent être arrêtés depuis 8 à 10 jours, les anticoagulants doivent être interrompus (en accord avec le médecin prescripteur) et les antidiabétiques oraux (Glucophage par exemple) être arrêtés depuis 48 heures.

TECHNIQUE OPERATOIRE :

L'intervention se déroule sous anesthésie générale et dure le plus souvent moins d'une heure. Le malade est couché sur le ventre posé sur des coussins ou maintenu à genou en position « mahométane » par un système de fixation. Le chirurgien fait une incision de quelques

centimètres puis écarte les muscles pour atteindre les vertèbres. Une petite ouverture est pratiquée entre les vertèbres concernées (L4 et L5 par exemple) en passant entre les « lames » (voir schémas). Il a ainsi accès au canal rachidien et, passant à coté puis en avant de la racine nerveuse, accède à la hernie discale qui est retirée en un ou plusieurs fragments. Il incise ensuite le disque lui-même. Afin de réduire le risque de récurrence, il retire au moyen de pinces et de diverses curettes tous les fragments « dégénérés » qui ne demandent qu'à être expulsés. Les muscles puis la peau sont refermés avant de faire le pansement. Après l'opération, le malade est conduit en salle de réveil où il séjournera ½ heure à 1 heure.

SUITES HABITUELLES :

Le plus souvent, au réveil, le malade ne ressent plus sa sciatique. Une gêne douloureuse lombaire persiste, par contre, le plus souvent durant les premières heures. Des médicaments anti-douleurs seront administrés systématiquement puis « à la demande ». Durant les premières heures, le malade est invité à rester couché sur le dos. Il doit encore rester à jeun durant quelques heures selon les instructions de l'anesthésiste. Le premier lever a ordinairement lieu dès le lendemain avec l'aide du kinésithérapeute. Au cours de l'hospitalisation de quelques jours, le malade apprendra progressivement les mouvements visant à « économiser » le rachis. Après 48-72 heures, il arrive assez souvent que le malade ressente à nouveau une petite douleur sciatique (suite à une petite réaction inflammatoire). Il faut le faire savoir au chirurgien qui prescrira un traitement. Elle disparaît rapidement sous l'effet de celui-ci. Le patient rejoindra son domicile avec une prescription de gymnastique et/ou de kinésithérapie. Il doit revoir son médecin traitant pour contrôle de la cicatrice opératoire et sera revu en consultation par le chirurgien après quelques semaines. Durant cette période un repos « relatif » sera respecté avec reprise lente des activités (les modalités pratiques seront adaptées à votre situation et précisées par le chirurgien).

En fait, une des suites les plus fréquentes, due à l'affection elle-même, est la persistance de douleurs lombaires en relation avec la discopathie (la maladie du disque) et le pincement que cela entraîne. Le but de l'intervention est de soulager la sciatique pas le mal de dos !!!

RISQUES ET COMPLICATIONS

Outre les risques liés à l'anesthésie générale qui seront abordés par votre anesthésiste, l'intervention comporte des risques « généraux », communs à toute intervention chirurgicale et des risques « particuliers » propre à ce type d'opération.

Il existe ainsi des risques infectieux (infection de la peau, des muscles voire du disque : spondylodiscite). Les risques hémorragiques sont très faibles. Des risques moins sévères tels qu'un retard de cicatrisation de la peau ou une compression de nerf au coude (suite à la position) existent aussi mais sont habituellement suivis d'une guérison. Un risque de complication générale comme une phlébite est également possible surtout si un alitement prolongé a eu lieu avant l'intervention. Dans ce cas, une embolie pulmonaire (caillot se détachant d'une veine et allant se loger dans une artère du poumon) peut se produire et entraîner des problèmes respiratoires qui dans les cas les plus graves peuvent provoquer un arrêt cardiaque et exceptionnellement la mort.

Les risques particuliers comportent, notamment, le risque de « blesser » un nerf ou plusieurs d'entre eux entraînant une paralysie musculaire ou une perte de sensibilité. Ce trouble neurologique dans les cas les plus sévères peut être responsable d'une faiblesse des deux

membres inférieurs et de troubles sphinctériens et sexuels (cfr. + haut). Ce risque est très faible dans des mains expertes mais jamais totalement nul. Si une petite brèche du sac contenant les nerfs (la dure-mère) a lieu durant l'intervention, une fuite de liquide céphalo-rachidien peut se produire et provoquer un écoulement clair au niveau du pansement. Cette complication très peu fréquente peut parfois entraîner le nécessité d'une nouvelle opération pour fermer l'orifice.

Ce document n'a pas la prétention d'être exhaustif. Après sa lecture, vous êtes invité(e) à poser au chirurgien toute question qui vous viendrait à l'esprit. Une réponse vous sera apportée par celui-ci.

Dr. MILBOUW G.