

Chirurgie du rachis

Canal lombaire étroit

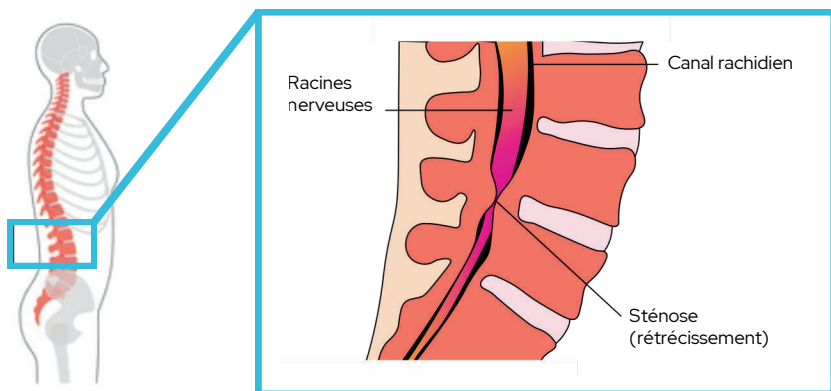
Prise en charge médicale
et chirurgicale

Dr. Lydie **BOYOD** GARNIER
Dr. Arnaud **BODIN**

Chirurgie Orthopédique
Chirurgie du Rachis

La PATHOLOGIE

Votre médecin traitant ou rhumatologue vous a diagnostiqué un canal lombaire étroit.



Il s'agit d'un rétrécissement du canal dans lequel coulisent les nerfs dits de la queue de cheval. Ils sont issus de la moelle épinière et circulent dans le canal formé par les vertèbres. Ces nerfs permettent à vos jambes de marcher et au sphincter urinaire et anal de fonctionner.

Ce canal peut être rétréci pour plusieurs raisons :

- Il peut être étroit de façon congénitale.
- Rétréci à cause de l'arthrose du disque ou des articulations qui ferment le canal.
- À cause d'une vertèbre qui glisse (spondylolisthésis) ou qui a été fracturée (recul du mur postérieur de la vertèbre dans le canal).

Avoir un canal étroit n'est pas forcément gênant, mais cela évolue avec le temps de façon progressive.



Quand il devient symptomatique soit de façon progressive, soit de façon aiguë suite à une fracture ou une chute ou un port de charge, on dit que le canal lombaire étroit se décompense.

Les patients peuvent ressentir des douleurs lombaires ou dans les jambes (sciatique cruralgie). Il y a alors une diminution du périmètre de marche d'abord en montée avec des douleurs dans le bassin. On ressent une fatigabilité à la marche, avec la nécessité de s'asseoir régulièrement. Souvent, le vélo permet de se déplacer plus facilement. On peut ressentir une perte de force et de sensibilité dans les jambes responsables de chutes.

Il peut y avoir des difficultés à uriner, une constipation ou une impuissance : **il s'agit d'un syndrome de la queue de cheval.**



La marche se fait plus facilement avec :



caddie ou déambulateur

À terme, le patient souffrant d'un canal lombaire étroit ne peut plus sortir de chez lui, c'est ce qu'on appelle **la claudication neurogène**.

La prise en charge du canal LOMBAIRE ÉTROIT



Médical

La prise en charge débute par un bilan radiologique complet : radio du dos entier EOS, radio dynamique en flexion-extension, scanner et IRM.

En fonction de l'examen clinique du rhumatologue ou du chirurgien, d'autres causes de claudication ou de douleurs des jambes et du dos sont recherchés à l'aide des examens complémentaires orientés, comme une arthrose du genou ou de la hanche, des tendinites, des artères bouchées par une artériopathie, etc.

Les sensations anormales des jambes comme les fourmillements, les crampes, les impatiences sont explorées par le neurologue avec un électro-neuro-myogramme qui permet de dépister des maladies des nerfs comme les neuropathies liées au diabète par exemple et d'évaluer les lésions des nerfs aigus ou chronique dus au rétrécissement du canal.



Le traitement médical est très varié : antalgique, AINS.

En cas d'inefficacité de ce traitement, **des infiltrations** lombaires de corticoïdes peuvent être proposées.

Les éventuels effets secondaires de la cortisone limitent habituellement à 3 le nombre d'infiltrations.

- **L'infiltration lombaire épidurale ou articulaire est radioguidée.**
Cela permet d'injecter le produit actif de façon beaucoup plus précise sur le site responsable de la douleur, sous contrôle de la radio ou du scanner. Elle peut se faire au bloc opératoire par le chirurgien ou par un radiologue interventionnel.
- Le port d'un corset rigide ou une ceinture améliore souvent la douleur au début d'une crise s'il y a une scoliose ou un spondylolisthésis.
- La kinésithérapie accompagne souvent le traitement de la lombosciatique. Les massages ont un effet antalgique. Les étirements peuvent parfois débloquer la colonne.

Le traitement médical est systématiquement de première intention, sauf en cas de complications neurologiques.

Il permet de stabiliser les douleurs, parfois sur de nombreuses années.



Il est souvent inefficace en cas de sténose canalaire sévère ou de glissement de vertèbres.

Il n'existe pas de facteurs permettant de connaître l'évolutivité des douleurs, mais on sait que la pathologie s'aggrave progressivement.

En cas de symptomatologie sévère comme une claudication neurogène sévère à quelques mètres, il est inefficace de débiter par un traitement médical. Toute manipulation doit être très prudente et effectuée par un professionnel après les vérifications nécessaires, car elle peut aggraver la situation et décompenser ce canal lombaire étroit.

Le traitement CHIRURGICAL

Indications du traitement chirurgical du canal lombaire étroit

- **Échec du traitement conservateur** bien conduit.
- **Sciatique hyperalgique** (douleur non calmée par le traitement médical) ou en cas de sciatique chronique ou récidivante incompatible avec un mode de vie normal.
- **Présence de troubles neurologiques** : La compression du nerf sciatique, quand elle est suffisamment prolongée et/ou importante, peut être responsable de troubles neurologiques qui rendent l'indication opératoire formelle :



- **Déficit de la sensibilité** qui comporte de manière variable des douleurs dans les membres inférieurs, des sensations de fourmillements ou de picotements (paresthésies), des sensations de perturbation de la sensibilité (dysesthésies) pouvant aller jusqu'à une perte complète de la sensibilité (anesthésie).

- **Trouble de la motricité** qui survient dans le territoire du nerf. Le plus fréquent est le déficit des muscles releveurs du pied. On constate alors une boiterie (steppage) par impossibilité de relever la pointe du pied.

L'atteinte du **nerf crural** est responsable d'un déficit de force de la cuisse. L'atteinte des dernières racines sacrées est responsable de troubles des sphincters avec une insensibilité des parties génitales et des difficultés à uriner ou à la défécation.

Lorsque plusieurs racines nerveuses sont atteintes, on parle de **syndrome de la queue de cheval**. Il s'agit d'une urgence chirurgicale, car les troubles neurologiques peuvent être définitifs.

L'opération chirurgicale DE LAMINECTOMIE

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il vous sera proposé la chirurgie de laminectomie seule ou associée à une arthrodèse lombaire en cas de spondylolisthésis ou de scoliose mobile.



But de l'intervention :

- Supprimer la compression du nerf et libérer la racine nerveuse comprimée en **ouvrant le canal**.
- **Réautonomiser le patient sur la marche.**
- **Éviter une aggravation neurologique.**
- **Les objectifs seront discutés avec votre chirurgien selon les pathologies associées et les atteintes neurologiques déjà mises en évidence sur l'électromyogramme.**

Déroulement de l'opération :

- Sous anesthésie générale, le patient est installé sur le ventre.
- Le niveau à opérer est marqué sur la peau après repérage en s'aidant de la radio.
- Après une désinfection soignée de la peau et la pose des champs opératoires stériles, une incision est faite au milieu du dos. Le ligament, capsule articulaire, une partie de l'articulation et les épineuses qui ferment le **canal rachidien** en arrière sont réséqués pour accéder aux racines nerveuses. Le nombre d'étages libérés dépend des scanners et IRM.



On débute par enlever l'épineuse



Puis on enlève la lame : la laminectomie



On retire après une partie de l'articulaire : arthrectomie partielle



Le canal est enfin libéré, les racines et le sac durem sont libres

L'intervention dure en moyenne une heure en l'absence d'une arthrodèse. Une transfusion n'est habituellement pas nécessaire.

Une intervention chirurgicale laisse toujours des traces cicatricielles, superficielles et profondes.

Les résultats attendus du TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les suites d'une intervention pour laminectomie permettent de soulager les douleurs des nerfs et des jambes assez rapidement. Les complications sont très rares, moins de 1% et ne surviennent le plus souvent que chez les patients présentant des facteurs de risque associés.

Facteurs influençant les résultats de l'opération :

- Durée d'évolution et l'intensité des douleurs et la perte d'autonomie avant l'intervention
- Les comorbidités : maladies associées
- Le contexte psychologique

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

Les lésions de dégénérescence discale et l'arthrose persisteront et une partie plus ou moins importante des douleurs lombaires persistera après l'opération.

Aucune intervention ne remet l'organisme à neuf. Aucun résultat n'est jamais garanti à 100%.

Déroulement de L'HOSPITALISATION



Avant l'intervention

La durée habituelle de l'hospitalisation pour une intervention de laminectomie isolée est d'une semaine et 10 jours s'il y a une arthrodèse associée. Une demande de centre de rééducation peut être faite lors de la consultation préopératoire, mais sans garantie d'avoir une place.

Votre arrivée à la clinique est prévue le matin de l'intervention.

Avant l'intervention, vous devrez prendre une douche à l'aide d'un savon doux la veille et le matin de l'intervention en s'habillant avec du linge propre (vêtement, draps et serviette).

Si vous êtes fumeur, il vous est impératif d'arrêter votre consommation pendant au moins 3 semaines.

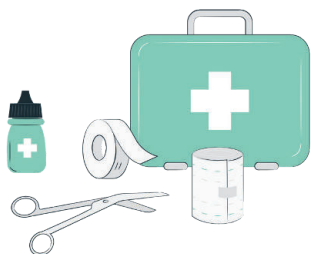


Le jour de l'intervention

Le jour de l'intervention, vous resterez couché ainsi que la première nuit.

Vous pourrez dormir sur le dos ou sur le côté si cela est votre habitude, **mais pas sur le ventre.**

Il ne faut pas vous asseoir ni vous lever avant le lendemain. Un oreiller est autorisé et vous pourrez relever légèrement la tête du lit. Vous pourrez boire et manger quelques heures après l'intervention. Le personnel vous aidera pour vos besoins ; s'il vous est impossible d'uriner en position couchée, vous pourrez être assis ou levé, mais ne le tentez pas sans l'aide du personnel.



La douleur post-opératoire doit être contrôlée par les médicaments en perfusion ou par voie orale. Il s'agit surtout d'une gêne au niveau de la cicatrice. Vous recevrez tous les antalgiques nécessaires.

1 ou 2 drains sont mis en place durant l'intervention pour éviter la survenue d'un hématome. Il ne vous gênera pas ou peu et sera enlevé sans douleur au 2e ou 3e jour

Il y a souvent une phase de constipation qui est peut-être prévenue par une alimentation adaptée et la reprise de la marche et l'ajout des traitements contre la constipation.

Le lever se fera dès le lendemain de l'intervention chirurgicale avec l'aide du kinésithérapeute ou des infirmières qui vous indiqueront comment éviter les gestes dangereux pour votre dos.

Vous pourrez faire votre toilette au lavabo et vous asseoir sur une chaise pour le petit déjeuner. **Il ne faut pas s'asseoir dans le lit.**



Après l'intervention

Après l'intervention, vous resterez 1 à 3 heures en salle de réveil où une surveillance étroite est effectuée et le protocole antidouleur mis en place. Dès votre réveil, vous recevrez des médicaments antidouleurs par perfusion.

Le lendemain de l'intervention

Il faut limiter la position assise pendant les 3 premières semaines maximum à 30 min, à chaque fois en cas de laminectomie isolée et 3 mois en cas d'arthrodèse.

La perfusion est généralement enlevée dès le premier matin et remplacée par des cachets contre la douleur.

Il est assez habituel que **des douleurs** ou **des fourmillements** (paresthésies) surviennent dans le territoire du nerf sciatique le surlendemain de l'intervention, moins importantes qu'auparavant, elles sont dues à l'œdème postopératoire et cèdent à la prise d'anti-inflammatoires.

La récupération de la paralysie peut demander plusieurs jours ; les troubles de la sensibilité demandent souvent plusieurs semaines avant de régresser. Une récupération complète des troubles sensitifs ou moteurs n'est jamais certaine.

Les jours suivants



Les jours suivants, vous constaterez que votre autonomie s'élargit rapidement, vous permettant de vous déplacer dans les couloirs, de prendre l'ascenseur puis l'escalier. Le kinésithérapeute passera vous voir quotidiennement pour vous montrer les **bons gestes** et quelques exercices d'assouplissement. Le pansement est refait tous les jours et le drain est enlevé à J+2 et vous pouvez alors vous doucher.

Des difficultés à uriner peuvent apparaître dans les premières 24 heures après l'opération. La vessie doit alors être vidée à l'aide d'une sonde vésicale. Des ballonnements intestinaux désagréables peuvent également survenir.

Des troubles circulatoires peuvent apparaître lorsque vous vous levez (exemple : tout devient noir). Signalez-le absolument pour obtenir des médicaments qui stabiliseront votre tension. Si des paralysies ou des troubles de la sensibilité dans la région du fessier et/ou de l'anus apparaissent ou s'aggravent, informez-en immédiatement votre médecin.

La sortie et le retour

La sortie est habituellement prévue en fonction de votre autonomie.

Le retour peut se faire de préférence en ambulance, car il est préférable d'éviter la voiture pendant 3 semaines. Une ordonnance vous sera délivrée pour refaire le pansement tous les jours et couper les boucles des fils résorbables 15 jours après l'intervention par une infirmière à domicile après l'intervention.



Une fois les fils enlevés ou résorbés, vous pourrez prendre un bain en vous méfiant des baignoires profondes dont il est difficile de sortir. Une autre ordonnance de médicaments vous permettra de poursuivre le traitement commencé à la clinique. Les antalgiques ne sont pas obligatoires et doivent être adaptés à votre douleur et diminuer progressivement avec l'aide de votre médecin traitant.

La rééducation est systématique et consiste surtout à marcher régulièrement pour retrouver un périmètre de marche.

L'arrêt de travail nécessaire est habituellement de 3 mois. Ce délai varie beaucoup en fonction du type de travail. Parfois la reprise est impossible en mi-temps thérapeutique la première fois et une reconversion doit être envisagée (travailleur de force).

Vous aurez un rendez-vous pour une consultation de contrôle clinique et radiologique 3 mois après l'intervention.

Suites POST OPÉRATOIRE



Les symptômes

Il est normal qu'une gêne lombaire persiste les premières semaines, surtout lors des mouvements du tronc et en position assise. Il est également habituel que persiste une gêne dans le territoire sciatique ou crurale où vous aviez mal avant l'intervention. Il peut s'agir de « fourmillements » ou d'une zone « endormie » souvent au niveau du pied. Ces phénomènes durent entre 10 jours et plusieurs mois et sont fonction de l'importance de l'atteinte du nerf et de sa durée d'évolution avant l'intervention.

Il peut être utile de porter une ceinture lombaire de contention après l'intervention ; sauf si elle vous est spécifiquement prescrite ou éventuellement pour le trajet de retour à domicile.

La rééducation

La première semaine après votre sortie, il faut vous reposer en alternant l'alitement et la marche et limiter les positions assises les 3 premières semaines.

Des séances de kinésithérapie sont souvent prescrites dès votre sortie. Elles peuvent utiliser la balnéothérapie. Les activités sportives habituelles sont généralement reprises après 2 à 3 mois en entraînement et 4 à 6 mois en compétition.



Il faut éviter :

- **La station assise prolongée**, qui est souvent mal tolérée. Il vaut mieux utiliser une chaise droite, si possible avec des appuis-bras.
- **Les fauteuils** profonds et **les canapés** où le dos s'enfonce et s'arrondit.
- **De dormir sur le ventre** durant les premières semaines, il faut utiliser un matelas ferme. Le lit médical est inutile. Si votre lit est à l'étage, vous pourrez monter et descendre les escaliers sans difficulté.
- **Les trajets automobiles** pendant 3 semaines même si vous ne conduisez pas.

Par la suite, évitez les étapes de plus d'une heure pour sortir de la voiture et marcher quelques pas. Utilisez les gestes recommandés pour monter et descendre de voiture. La conduite à moto peut être reprise pendant le premier mois (hors tout terrain). Méfiez-vous cependant des béquillages difficiles, des efforts de traction ou de poussée et des positions de conduite trop basse.

Les CONSEILS



Il ne faut pas rester inactif.

La marche est fortement recommandée. Elle doit être **quotidienne** en augmentant progressivement son périmètre. Vous pourrez très rapidement aller à la piscine et faire du vélo. Le jogging à petites foulées est souvent possible après quelques semaines. Adaptez ces activités en fonction de celles que vous aviez auparavant.

Il faut s'interdire le bricolage « lourd » et le jardinage pendant un mois environ qui soumettent votre dos à des contraintes de flexion forcée et de charge. Il faut toujours adapter son activité à l'apparition éventuelle des douleurs ou d'un gêne et ne pas se forcer à des activités prolongées sans repos et sans changement de position.

Le port de charges de plus de 10 kg est interdit les premières semaines.

Il n'y a **pas de contre-indications aux activités sexuelles** si elles ne réveillent pas de douleurs.



Dans les actes de la vie courante, il faut soumettre sa colonne à des gestes adaptés, surtout pour se baisser ou pour porter. Il n'y a pas de geste totalement interdit si le mouvement ne réveille pas de douleur et ne soumet pas la zone opérée à des contraintes trop importantes. Habituellement, une vie quotidienne normale est reprise un mois après l'opération.

Comme toute chirurgie, il existe **un risque d'hématome** qui se résorbe en règle générale tout seul. Le risque, s'il augmente de façon importante, est de comprimer les éléments environnants et peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

L'alitement et les risques individuels (diabète, varices, etc.) peuvent majorer le risque **de phlébite** des membres inférieurs (caillot dans les veines). Cette phlébite est susceptible d'entraîner **une embolie pulmonaire**, risque majeur de cette affection, habituellement correctement limité par la prescription des anticoagulants chez des patients à risques.

Les complications plus rares

- **Des difficultés pour uriner** ou **avoir des gaz** sont assez fréquentes les premiers jours et disparaissent le plus souvent spontanément. Parfois, un sondage de la vessie est nécessaire.
- **Le décès** par problème d'anesthésie ou de saignement très important dû par exemple à une plaie des gros vaisseaux situés en avant de la colonne (très exceptionnel).
- **La paralysie complète** (exceptionnelle) ou **partielle** (très rare) des membres inférieurs, de la vessie ou du rectum, généralement dû à un hématome, peut survenir après l'opération. Elle impose une nouvelle intervention en urgence. La récupération est fréquente, mais pas automatique.
- **Une brèche** dans l'enveloppe qui entoure les nerfs (ménège) est possible et peut provoquer une fuite du liquide contenu dans les méninges.
Le risque de survenue d'une brèche est plus important en cas de ré-intervention. Elle oblige souvent après l'opération à rester allongé en permanence quelques jours, des maux de tête passagers peuvent survenir.

- Parfois, une poche peut se former sous la peau et une intervention pour l'enlever peut-être réalisée.
Une fuite de ce liquide vers l'extérieur est exceptionnelle mais très grave.
- **Une Lésion d'un nerf ou d'une racine** au contact desquels travaille votre chirurgien. Cette complication se traduit par un déficit sensitif et/ou moteur dans le territoire correspondant des membres inférieurs. Ce type de risque est aggravé par l'importance de la compression nerveuse avant l'intervention et sa durée, ainsi que par des circonstances anatomiques particulières et dans les cas de reprise chirurgicale.
- **L'infection** : il s'agit le plus souvent d'une infection du site de l'opération. Elle nécessite une nouvelle intervention et la prise d'antibiotiques pour nettoyer la plaie. L'infection au niveau des méninges est très grave, mais très rare.
Au niveau du disque, elle est aussi très rare, mais peut laisser des séquelles à type de lombalgies persistantes (spondylodiscite). Des antibiotiques sont à prendre pendant plusieurs mois.
Une infection urinaire (après mise en place d'une sonde urinaire), pulmonaire ou dans le sang (septicémie) peuvent arriver après l'opération. Les précautions d'asepsie et les antibiotiques ont permis de fortement diminuer le taux de survenue de ces complications.
- **Fibrose postopératoire** : il s'agit de la cicatrice au contact du nerf, là où se situait la hernie discale et que l'on retrouve toujours sur un scanner ou une IRM de contrôle.
Cette cicatrice est toujours présente, mais plus ou moins abondante et peut parfois être responsable de la persistance de douleurs après l'intervention.
- **Récidive** plusieurs années après à distance sur les zones non opérées ou encas de progression de l'arthrose.

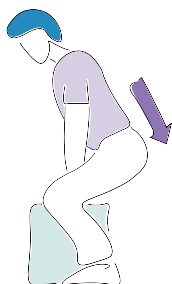
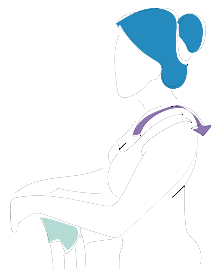
- **Une compression d'un nerf** au niveau des membres (coude) ou au niveau des yeux (risque de cécité) peuvent survenir Suite à la position sur la table d'opération, mais sont exceptionnelles. La plupart de ces complications guérissent sans séquelles, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser subsister de graves séquelles définitives.
- **Risques vasculaires** : une lésion d'une artère ou d'une veine du petit bassin et de l'abdomen peut se produire, elle impose le plus souvent une réparation immédiate dès qu'elle est constatée.

Faire les BONS GESTES

Voici quelques exercices et bon gestes à avoir en tête :

Avoir le dos droit

Lorsqu'on est en position verticale (assis/ debout), on doit se redresser



Lorsqu'on se baisse, il faut adopter une position adéquate :

- La position « haltérophile », avec les fesses en arrière

- La position « du chevalier servant », avec un genou à terre et le second plié à 90°.



Pour se chausser, on peut tout simplement faire glisser une jambe sur l'autre, en gardant le « dos droit »

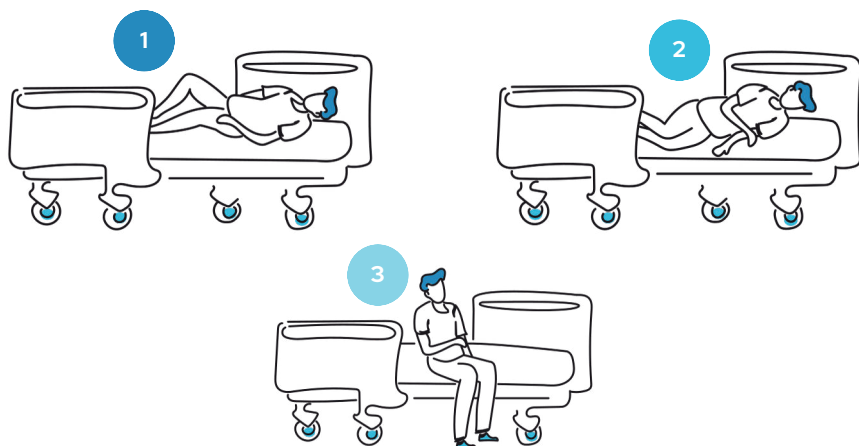
Le port de charge

Ne portez pas plus de 2 à 4 kilos (voir avec le médecin). De plus, portez les charges « sur le nombril » et non à bras tendus :



Se coucher ou se lever du lit

Pour se coucher ou se lever du lit, il vous faut obligatoirement passer sur le côté. Pour cela, je plis les genoux (1), me roule sur le côté, épaules et bassin en bloc (2). Je bascule sur le côté en poussant sur mon coude et en sortant mes pieds du lit (3).



La position assise

Éviter d'être assis plus de 30 min d'affilées. Éviter d'être assis trop bas (angle dos/jambe inférieur à 45°) si la chirurgie est sous L3.

Essayez de vous assoir de façon plutôt « ouverte », en arrière.



124 rue d'Alembert,
38000 Grenoble



04 76 28 50 50

