

Chirurgie du rachis

Hernie discale lombaire

Prise en charge médicale
et chirurgicale

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

Ce livret a été réalisé en collaboration
avec les kinésithérapeutes :

Austin **FREEMAN**,

Alexis **LEMERCIER**,

et Philippe **GENTHON**.

Le traitement MÉDICAL DE LA HERNIE DISCALE

« traitement conservateur »

La plupart des **sciatiques par hernies** discales guérissent avec un **traitement médical**. Ce traitement comporte :

- un repos relatif ;
- des anti-inflammatoires ou des corticoïdes ;
- des décontractants musculaires et des antalgiques.

Ce traitement médical peut demander 6 à 8 semaines pour être efficace.

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 est parfois « 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.
- **Le port d'un corset rigide** améliore souvent la douleur au début d'une crise. L'immobilisation du disque permet une cicatrisation plus rapide. Il faut généralement le porter entre 3 et 5 semaines, suivies d'une rééducation active.
- **La kinésithérapie** accompagne souvent le traitement de la lombosciatique. Les massages ont un effet antalgique. Les étirements peuvent parfois « débloquer » la colonne.

Toute manipulation doit être très prudente et effectuée par un professionnel après les vérifications nécessaires car elle peut aggraver la situation en provoquant l'expulsion d'une **hernie débutante** et des complications neurologiques.

Ce n'est que lorsque les traitements médicaux sont inefficaces qu'il faut avoir recours à la chirurgie.

Le traitement CHIRURGICAL DE LA HERNIE DISCALE

Concerne 5% des hernies.



1. Indications du traitement chirurgical de la hernie discale

- **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 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.

Exercée en permanence, la pression de la **hernie discale** peut entraîner des lésions irréversibles.

2. L'opération chirurgicale de la hernie discale

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il peut vous être proposé une cure chirurgicale par voie postérieure de votre **hernie discale**.

Le chirurgien vous en expliquera les alternatives. En fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, votre chirurgien peut être amené à procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

But de l'opération :

Supprimer la compression du nerf et libérer la racine nerveuse comprimée en **enlevant la hernie discale**.

Il faut également vider le disque en enlevant les fragments de nucleus qui sont abîmés et qui pourraient être à l'origine d'une nouvelle hernie discale.

Parfois, si des phénomènes arthrosiques s'ajoutent à la hernie, il faut libérer le nerf comprimé par un ostéophyte (bec de perroquet) ou par un ligament trop épais (neurolyse, recalibrage).



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 soigneuse de la peau et la pose des champs opératoires stériles, une courte incision (3 à 5 cm) est faite au niveau d'un espace intervertébral. Le ligament qui ferme le **canal rachidien** en arrière est ouvert pour accéder aux racines nerveuses ;
- Si la hernie est exclue du disque et que le ligament vertébral commun postérieur est déchiré, il est souvent facile d'**extirper la hernie** après l'avoir dissociée du nerf ;
- Dans le cas contraire, le ligament est incisé et **la hernie est enlevée**. Il faut rechercher un éventuel fragment de disque qui aurait migré.

Dans d'autres cas, l'abord peut être plus large et la libération de racine peut exiger un geste de libération complémentaire. Il est parfois nécessaire d'enlever une partie de la vertèbre (foraminotomie, arthrectomie, laminectomie) pour libérer suffisamment la ou les racines comprimées.

Le disque étant malade, il perdra un peu de hauteur, on pourrait le constater sur des radios de contrôle. Cela n'a aucune conséquence particulière et il est inutile de remplacer le nucléus. Un tissu de cicatrisation va occuper l'espace discal en quelques semaines.

Une transfusion n'est habituellement pas nécessaire.

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

3. Les résultats attendus du traitement chirurgical de la hernie discale

Les suites d'une intervention pour hernie discale sont régulièrement excellentes.

Les complications sont très rares, moins de 1% et ne surviennent, le plus souvent, que chez les patients présentant des facteurs de risque associés.

Les différentes études sur de grandes séries de patients opérés montrent les **résultats** suivants :

- Bons (disparition des douleurs, reprise d'une vie normale) : 85 %
- Moyens (amélioration mais persistance de lombalgies et/ou sciatalgies) : 10 %

L'explication tient entre autres au fait que les troubles ne proviennent pas uniquement de la hernie opérée, mais d'une lésion préexistante du rachis ou de pathologies non discales, mais tient souvent à la longueur de la souffrance préopératoire.

- Mauvais (persistance de la douleur, récidence) : 5%

Facteurs influençant les résultats de l'opération :

- Durée d'évolution et l'intensité de la sciatique avant l'intervention ;
- Le type d'activité ;
- 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. 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'opération.

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

4. Déroulement de l'hospitalisation pour une hernie discale

Avant l'intervention :

La durée habituelle de l'hospitalisation pour une intervention de **hernie discale** non compliquée est de **2 à 3 jours**.

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

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

Avant l'intervention, vous devrez prendre une douche à l'aide d'un savon.



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 antidouleur par perfusion.



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 est normalement peu importante. Il s'agit surtout d'une gêne au niveau de la cicatrice. Vous recevrez tous les antalgiques nécessaires.

Un drain est 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.

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.

Il faut limiter la position pendant les 3 premières semaines maximum 30 minutes à chaque fois.



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, vous constaterez que votre autonomie s'élargie 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 et quelquefois justifier la mise en place d'un tube intestinal de décharge. Des troubles circulatoires peuvent apparaître lorsque vous vous levez (exemple : tout devient noir).



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 est habituellement prévue à J+3 ou J+4 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.

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 peut être intéressante mais n'est pas systématique.

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, **3 mois après** l'intervention.



Suites POST-OPÉRATOIRE

1. 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** 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 sciatique** et de sa durée d'évolution avant l'intervention. Il est le plus souvent inutile 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.

2. 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.

3. Il faut éviter :

- **La station assise prolongée**, qui est souvent mal tolérée et utilisez une chaise droite, si possible avec des appuis- bras ;
- **Les fauteuils** profonds et les canapés où le dos « s'enfonce » et s'arrondi ;
- **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 en 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 couchée.

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.

1. Les complications les plus fréquentes

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.

2. Les complications les 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 (méninge) 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** : bien que le disque soit soigneusement vidé, il est possible qu'un fragment restant soit responsable d'une nouvelle hernie.

Le risque est estimé entre 2 et 5 %. La reprise trop précoce d'activités lourdes durant la cicatrisation du disque augmente ce risque.

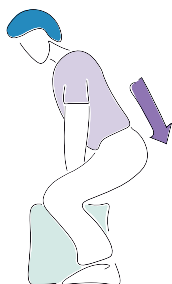
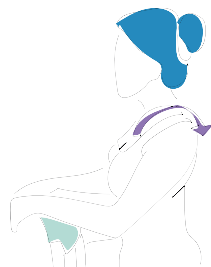
- **Une compression d'un nerf** au niveau des membres (coude) ou au niveau des yeux (risque de cécité) peut survenir suite à la position sur la table d'opération mais sont exceptionnelles. La plupart de ces complications guérissent sans séquelles, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser subsister des séquelles graves et 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 »

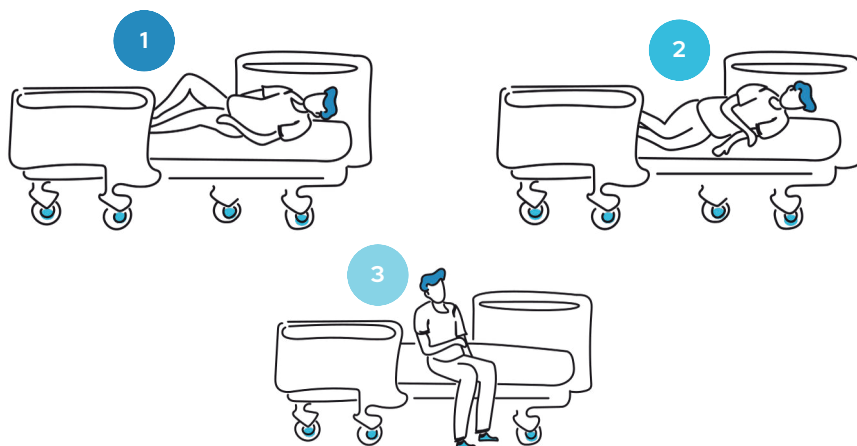
Le port de charge

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

