

Information destinée aux patientes et patients opérés d'une hernie discale

Le but de ce document est de vous procurer un accès facilité aux informations concernant votre opération afin que vous puissiez mieux comprendre et favoriser le processus de guérison post-opératoire.

Le disque intervertébral

Le disque intervertébral est constitué d'un **anneau fibreux** et d'un **noyau pulpeux** au centre. Les systèmes fibreux de l'anneau extérieur s'attachent à et relient les bords de deux vertèbres adjacentes (= segment mobile).

Mécaniquement, le disque intervertébral correspond à un système d'amortisseur hydrostatique constitué d'un revêtement résistant aux tractions et d'un noyau gélatineux non comprimable.

Constitué de 80-85% d'eau, le noyau subit une très forte pression hydrostatique lors de charges.

Cette pression est absorbée à la fois par les plaques cartilagineuses adjacentes et par l'anneau fibreux.

De cette manière, le noyau pulpeux a la fonction « d'un coussin d'eau », d'une presse hydraulique entre deux corps vertébraux voisins. Ceci crée une sorte d'amortisseur qui permet une répartition régulière de la pression sur les corps vertébraux avoisinants.

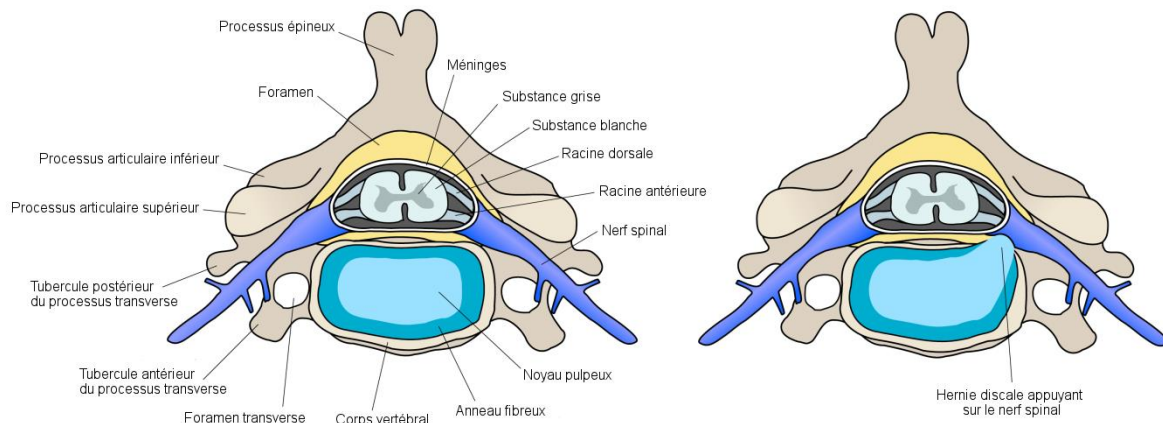


Image 1: corps vertébral sain (à gauche), hernie discale (à droite)

La hernie discale

Les atteintes dégénératives de la colonne vertébrale font partie des maladies les plus fréquentes. Celles-ci augmentent avec l'âge, en général après 30 ans. Elles touchent principalement le disque intervertébral, les différentes parties osseuses de la colonne vertébrale, les facettes articulaires ainsi que les ligaments entourant la colonne vertébrale du segment concerné.

En allemand, le terme « Nucleus Pulposus Prolaps » décrit la pathologie. Une déchirure ou fissure dans l'anneau fibreux créé un déplacement du noyau pulpeux vers le canal vertébral ou le nerf spinal.

Si l'anneau fibreux se bombe sans se fissurer complètement, on parle d'une protrusion discale.

Une véritable hernie discale est déterminée par une perforation de l'anneau fibreux (voir image 1 à droite). Si une partie du disque intervertébral, qui peut varier de taille de quelques millimètres à 2cm, comprime les nerfs spinaux ou la moelle épinière de la colonne cervicale, thoracique ou lombaire (cauda equina), ceci devient problématique.

La majorité de la population présente sur imagerie IRM des changements de la colonne vertébrale et des disques intervertébraux, sans avoir, dans la majorité des cas, une maladie concrète ou des douleurs.

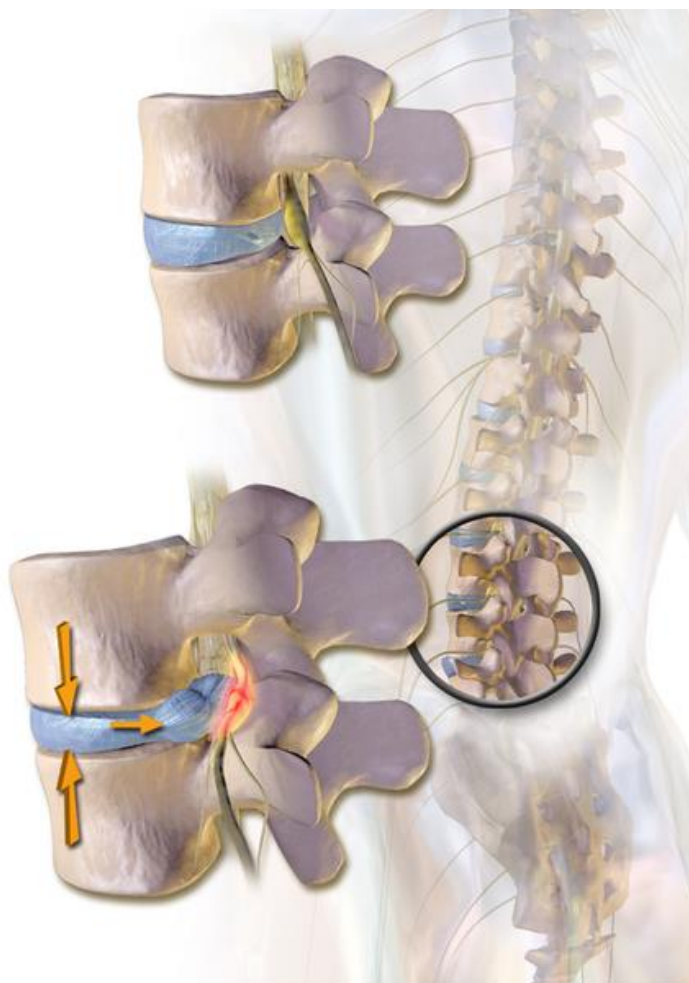


Image 2: Hernie discale vue de côté (en bas)

Seul de rares cas nécessitent une opération

Des protrusions et hernies discales lombaires sont fréquentes, mais ne nécessitent que rarement une intervention chirurgicale. Dans plus de 90% des cas on observe une amélioration des douleurs au niveau des jambes après 6 à 8 semaines grâce au repos, à l'application locale de chaleur, aux antalgiques, au positionnement ou à la physiothérapie.

Symptômes typiques

Symptômes pouvant apparaître en cas d'hernie discale:

- Douleurs dorsales avec irradiations dans une ou deux jambes
- Troubles de la sensibilité (insensibilité, brûlure, fourmillements)
- Faiblesses musculaires dans les jambes
- Troubles urinaires et/ou du transit intestinal

Les hernies lombaires les plus fréquentes se situent entre la 4ème et la 5ème vertèbre lombaire ou entre la 5ème vertèbre lombaire et le sacrum.

En fonction de la direction de la protrusion le nerf supérieur ou inférieur peut être touché sur la trajectoire du foramen neural.

La pression du disque intervertébral sur le nerf peut créer une réduction de la sensibilité et de la force musculaire dans la zone cible et engendrer des douleurs et fourmillements.

Chaque nerf sortant de la colonne vertébrale « nourrit » une partie spécifique du corps. Ceci permet dans la majorité des cas de trouver la racine nerveuse impliquée.

Si la hernie discale est majeure, plusieurs racines nerveuses peuvent être touchées. Les hernies discales majeures qui remplissent complètement le canal rachidien sont particulièrement dangereuses car elles peuvent engendrer des dysfonctions urinaires et fécales (syndrome de la queue de cheval). C'est alors une situation urgente et la personne concernée doit être traitée immédiatement en neurochirurgie car il y a un risque de lésion nerveuse et de perte de fonction durables.

Quand opérer?

Une opération peut être envisagée en cas de douleurs persistantes très importantes, d'une perte de force significative ou d'une dysfonction urinaire et fécale au-delà de 6 à 8 semaines.

L'opération d'une hernie discale

L'opération d'une hernie discale est l'opération la plus fréquente de la colonne vertébrale lombaire, malgré une rémission spontanée dans la majorité des cas.

La neurochirurgie s'est spécialisée dans le traitement de cette maladie depuis plusieurs années déjà. Cette opération est effectuée sous microscope et de manière mini invasive. La microchirurgie permet une opération plus sûre, plus précise et plus courte ainsi qu'un passage moins sollicitant pour les structures avoisinantes et une cicatrice plus petite.

Le traitement post-opératoire

Après l'opération, due au processus de guérison, la résistance à la charge de la colonne vertébrale est diminuée temporairement.

La guérison et l'adaptation post-opératoire peuvent créer des douleurs. Mais un stimulus physiologique optimal des tissus aide à une bonne récupération.

De manière générale, les 5 premiers jours post-opératoires, une décharge partielle de la zone opérée est préconisée. Il est important de suivre les règles du dos instruites par le physiothérapeute durant les six premières semaines. Une sollicitation du dos adaptée favorise le processus de guérison.

Après l'opération

Repos: Après l'opération il est préférable de rester couché à plat sur le dos ou sur le côté. Après instruction du physiothérapeute, il est aussi possible de se coucher sur le ventre.

Les premiers changements de position (par exemple se tourner sur le côté) sont effectués avec le personnel soignant le jour de l'opération.

Mobilisation: De manière générale vous pourrez vous lever avec l'aide du physiothérapeute ou du personnel soignant le jour de l'opération.

Après la première mobilisation vous pourrez selon la situation vous lever seul/e. Les jours suivants vous pourrez progressivement solliciter de plus en plus votre corps. Pour la position assise vous pourrez utiliser un coussin triangulaire pour soutenir la position. Il est conseillé de marcher dans les couloirs dès que vous vous sentez assez sûr.

Physiothérapie: Le jour avant l'opération ou le premier jour post-opératoire le physiothérapeute vous montrera comment vous déplacer dans le lit et comment vous asseoir au bord du lit en ménageant votre dos. Il vous instruira aussi des exercices du dos. Nous vous conseillons vivement de les apprendre à l'hôpital et de continuer à les faire les six premières semaines après votre retour à domicile.

Fonctions de la vessie et des intestins: S'il est impossible pour vous d'uriner en position couchée après l'intervention, vous pourrez aller brièvement aux WC avec l'aide du personnel soignant. Le deuxième ou troisième jour post-opératoire, la fonction digestive se remet en route. Si ce n'est pas le cas, des médicaments peuvent aider. Ceci peut être le cas dans toutes les opérations sous anesthésie générale.

La plaie: La plaie peut être douloureuse au début, ce qui est normal après une telle opération. Les fils se résorbent par eux-mêmes. Si ce n'est pas le cas ils seront enlevés 10 jours après l'opération. Il est possible de prendre une douche dès le deuxième jour si la plaie le permet.

Symptômes neurologiques résiduels : Il se peut que vous ayez des symptômes résiduels après l'opération. Le nerf abîmé par la hernie discale peut en être la cause. Le processus de guérison est différent d'une personne à une autre.

Après l'hospitalisation

Votre comportement physique peut influencer positivement l'issue de l'opération. Les activités de tous les jours peuvent être reprises directement après l'opération et effectuées individuellement. Se mouvoir est important pour favoriser la régénération des structures.

Il faut éviter de se ménager car ceci peut créer un déconditionnement, une perte de force. L'intensité de sollicitation doit être augmentée lentement et progressivement. Les premières 4-6 semaines une restriction est imposée uniquement pour les activités suivantes:

- Porter des charges lourdes (voir tableau ci-dessous)
- Travail physique important (comme par exemple travailler sur un chantier)
- Sollicitations physiques plus importantes (contre grande résistance ou sport de contact)
- Des mouvements du dos amples, saccadés et en fin d'amplitude

Suite à la première mobilisation post-opératoire, la distance parcourue à pied peut être augmentée progressivement. Des pauses régulières en position couchée sont conseillées. Les exercices reçus par le physiothérapeute lors de l'hospitalisation sont conseillés durant les six premières semaines à domicile. L'indication d'une physiothérapie ambulatoire sera déterminée par le physiothérapeute et le médecin. Une consultation de contrôle sera effectuée par l'opérateur six à huit semaines après l'opération.

Port de charges	Les 4 premières semaines, le port de charges de 3-4kg (au maximum) est autorisé Conseils: - Placez-vous devant l'objet à porter - Portez l'objet proche du corps - Répartissez les charges de manière égale sur les deux bras
Conduite de voiture	La reprise de la conduite dépend de l'opérateur et du processus de guérison
Travail/ capacité de travailler	La durée d'une incapacité de travail est décidée avec l'opérateur, et peut varier de deux à six semaines. Ceci est aussi valable pour les travaux ménagers et familiaux. La capacité de travail dépend fortement de la charge physique exigée. Au début, la reprise du travail se fait à pourcentage réduit et est augmenté progressivement. Variez les positions (debout, assise, couchée).

Sport

Les activités sportives devraient être débutées lentement et augmentées sans provocation de douleur.

Il est important d'avoir un jugement raisonnable de ses propres capacités physiques.

Si des douleurs apparaissent et augmentent, ceci pourrait signifier que la zone opérée a été surchargée. En cas de douleurs il est conseillé de réduire le niveau d'activités de manière à ne pas provoquer ou augmenter les douleurs et de discuter le procédé à venir avec votre physiothérapeute. La prise d'antalgiques devrait être évitée et en cas de douleurs persistantes il est conseillé de consulter le médecin traitant.

Activité	Début d'activité
Promenade / randonnée légère	Immédiatement après l'opération
Natation	2 semaines après l'opération (bonne guérison de la plaie)
Vélo d'appartement	2 semaines après l'opération
Activités sportives légères	6 semaines après l'opération
Sports de contact (Football, Karaté, Judo, etc.)	3 mois après l'opération
Skier / Faire du snowboard	3 mois après l'opération
Sports de lancer	3 mois après l'opération

Sexualité

Vous pouvez reprendre votre activité sexuelle immédiatement après l'hospitalisation. Là aussi il est important de solliciter votre dos selon vos douleurs. Il est conseillé au début de prendre un rôle un peu plus passif.

Douleurs résiduelles

La réduction des douleurs et symptômes dépend de nombreux facteurs, entre autre du degré de lésion des nerfs et du processus de guérison de la plaie. Il est possible que les symptômes diminuent partiellement. Il faut néanmoins savoir que malgré de meilleures techniques opératoires, il est possible que certains symptômes persistent.

Application INSELhealth-spinal surgery:

Dans Google Play ou App Store: chercher «inselhealth»

Informations supplémentaires

Site Web de la Neurochirurgie de l'Hôpital de l'Île de Berne: www.neurochirurgie.insel.ch

Institut de Physiothérapie
Domaine de Neurologie