

Information pour patientes et patients ayant eu une opération de stabilisation lombaire

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.

Que signifie „spondylolisthésis“?

En langage courant on parle de « glissement de vertèbre » pour décrire un spondylolisthésis. Il s'agit d'un glissement de deux corps vertébraux dû à une instabilité locale.

Un spondylolisthésis touche principalement la colonne vertébrale lombaire, plus rarement la colonne vertébrale cervicale et quasiment jamais les vertèbres thoraciques.

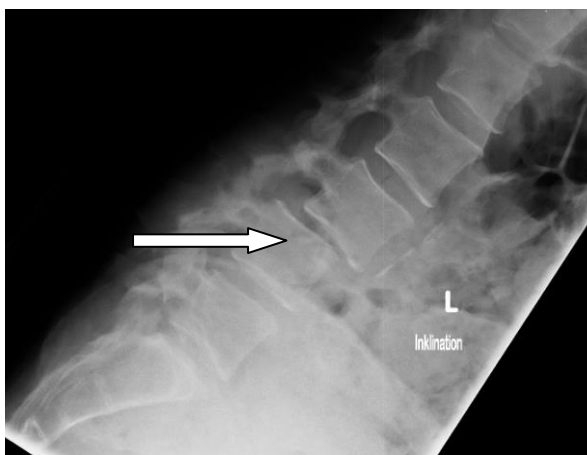


Image 1: Segment instable et glissement de la vertèbre vers l'avant

Spondylolisthésis sans symptômes

Le spondylolisthésis congénital est souvent diagnostiqué par hasard après examen de la colonne vertébrale et n'est pas forcément douloureux.

La forme dégénérative est souvent diagnostiquée lors d'un examen médical et les patients sont souvent asymptomatiques. Dans ces cas, une opération n'est pas indiquée.

Spondylolisthésis avec symptômes

Le fait qu'un spondylolisthésis soit symptomatique ou non dépend de sa cause et de son degré de gravité.

La forme dégénérative du spondylolisthésis est souvent accompagnée d'un canal rachidien rétréci et d'une compression du tuyau nerveux (sténose du canal rachidien). Des douleurs dans les jambes dépendantes de la distance de marche parcourue sont classiques (claudication spinale). Dans les formes congénitales ou juvéniles, le patient décrit des douleurs très précises dans les jambes.

Dans les deux cas, des douleurs dorsales dépendantes de l'effort peuvent apparaître et peuvent être signe d'une instabilité liée à un spondylolisthésis.

Des défaillances neurologiques avec troubles de la sensibilité, perte de force ainsi qu'une incontinence urinaire ou fécale sont rares.

Diagnostic

Le diagnostic précis est posé par le médecin grâce à un examen clinique complété par des examens par imagerie. L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) montre l'état des tissus mous et des tissus nerveux et permet de voir si un nerf est comprimé ou non. Si une IRM est impossible, un CT-scan (tomographie) de la colonne vertébrale lombaire peut être envisagé. Celui-ci permet de mettre en évidence les structures nerveuses avec du produit de contraste, on appelle cet examen une Myélographie, respectivement CT-Myélographie.



Image 2: Radiographie-Myélographie avec spondylolisthésis à la flexion (à gauche) et à l'extension (à droite) en position debout. Compression du tuyau nerveux rempli de produit de contraste au niveau des vertèbres lombaires 4/5.

Traitement

Le traitement dépend de la cause du spondylolisthésis. La forme congénitale peut être traitée longtemps et avec succès en physiothérapie. Une opération n'est nécessaire qu'en cas de douleurs persistantes ou de défaillances neurologiques. La forme dégénérative est en premier lieu traitée par des antalgiques. Sans amélioration ou en cas de défaillances neurologiques une opération peut être indiquée. Dans la forme traumatique, le choix entre un traitement conservateur ou chirurgical dépend de la cause et de l'étendue de la lésion. Une physiothérapie ciblée est un élément clé dans le traitement conservateur. La procédure et l'indication opératoire sont discutées avec le patient en fonction des symptômes décrits et des résultats de l'imagerie.

Techniques opératoires

Les techniques opératoires lors d'une stabilisation sont multiples et choisies par l'opérateur en fonction du bilan et de sa préférence. Dans la majorité des cas le choix se portera sur une technique mini invasive. Par contre, lorsque le spondylolisthésis est important, des techniques ouvertes sont utilisées afin de pouvoir faire un repositionnement sécuritaire des corps vertébraux sous contrôle scopique.

Le but de la stabilisation des corps vertébraux est le maintien et/ou la reconstruction des courbures naturelles de la colonne vertébrale. Une décharge soigneuse des structures nerveuses est recherchée.

En cas de spondylolisthésis, il y a trois objectifs opératoires: décompression, stabilisation et repositionnement.

La décompression du canal rachidien et des racines nerveuses sous microscope est un procédé neurochirurgical standardisé et suffisant dans la majorité des spondylolisthésis dégénératifs. En cas de spondylolisthésis dégénératif avec instabilité importante et avec des symptômes cliniques, une opération complémentaire à la décompression - une stabilisation (spondylodèse) - peut être nécessaire.

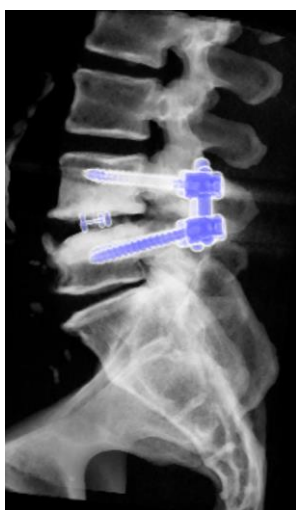


Image 3:
Radiographie d'une spondylodèse L4-L5 avec cage



Image 4: Schéma d'une spondylodèse

Le traitement post-opératoire

Par le processus de guérison physiologique des plaies, la capacité de charge de la colonne vertébrale après l'opération est diminuée temporairement.

La guérison et l'adaptation post-opératoire a lieu au niveau des structures impliquées pouvant créer des douleurs. Un stimulus physiologique optimal du tissu en phase de guérison aide à une bonne récupération.

De manière générale, les 5 premiers jours post-opératoires, une décharge partielle de la zone opérée devrait se faire. Et il serait important que vous suiviez les règles du dos instruites par la physiothérapie les premières six semaines. Une sollicitation adaptée soutient 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 uniquement une restriction est imposée pour les activités suivantes :

- Porter des charges lourdes (voir tableau ci-dessous)
- Travail physique important (comme par exemple le travail sur chantier)
- 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: <ul style="list-style-type: none"> - Placez-vous devant l'objet à porter - Portez l'objet proche du corps - Distribuez 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. Variez les positions (debout, assise, couchée).

Sport

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

Il est important d'avoir un jugement raisonnable des propres possibilités physiques.

Si des douleurs devaient apparaître ou augmenter, ceci pourrait signaler que la zone opérée a été surchargée. En cas de douleurs il est conseillé de réduire le niveau d'activités de manière à ce que ce soit infra-douloureux et de discuter le procédé à venir avec votre physiothérapeute.

La prise d'antalgiques devrait être réduite à un niveau où les douleurs sont supportables 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 opération avec une bonne guérison de la plaie
Vélo d'appartement	2 semaines après opération
Activités sportives légères	6 semaines après opération
Sports de contact (Football, Karaté, Judo, etc.)	6 mois après opération
Skier/Faire du snowboard	6 mois après opération
Sports du lancer	6 mois après opération

Sexualité

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

Douleurs résiduelles

La réduction des douleurs et symptômes dépend de nombreux facteurs. Entre autre cela dépend du degré de lésion des nerfs et du processus de guérison de la plaie. Il est possible que les symptômes se réduisent partiellement. Il faut compter avec l'option que malgré des meilleures techniques d'opération pas tous les symptômes sont réversibles.

Informations supplémentaires

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

Application INSELhealth-spinal surgery:

Dans Google Play ou l'App Store: chercher «inselhealth»

Institut de Physiothérapie
Domaine de Neurologie