

Information pour patientes et patients opérés du canal rachidien étroit

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 canal rachidien étroit

Le canal rachidien étroit est un rétrécissement du canal rachidien, au niveau du segment concerné (entre deux vertèbres voisines). Ceci est dû à un changement dégénératif des articulations vertébrales avec hypertrophie des ligaments (épaississement du tissu) engendrant un rétrécissement du canal rachidien.

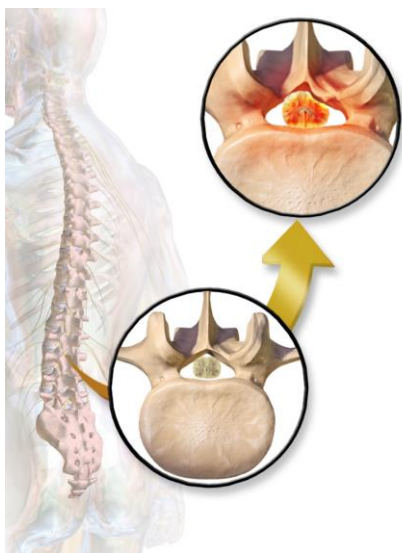


Image 1: Schéma d'un rétrécissement du canal rachidien avec compression des nerfs spinaux.

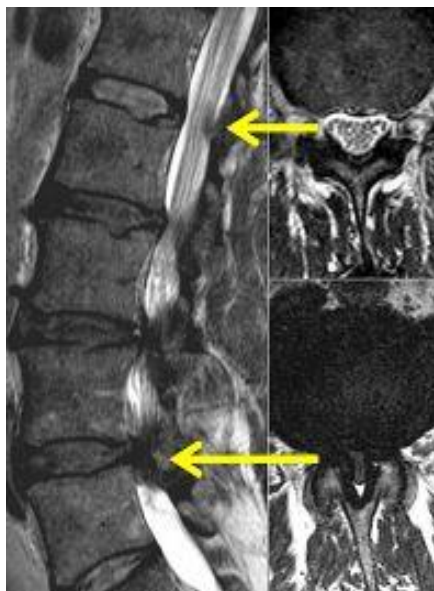


Image 2: Le canal rachidien est le lieu de passage de la moelle épinière et des nerfs, entouré de liquide cérébral (visible sur l'image sous forme claire). A gauche vue de côté, à droite vue en coupe horizontale).
Flèche du haut: normal
Flèche du bas: sténose rachidienne avec compression des nerfs (foncé au lieu de clair).



Image 3: Schéma d'un rétrécissement du canal rachidien avec compression des nerfs spinaux, vue de côté.

L'examen ou la pose de ce diagnostic se fait en général par IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) et/ou à l'aide d'une myélographie lombaire (radiographie avec produit de contraste de la colonne vertébrale et du canal rachidien).

Symptômes typiques

- Limitations de la distance de marche
- Douleurs dorsales
- Troubles de la sensibilité
- Défaillances neurologiques telles que faiblesses/parésies (plus rare)

Les douleurs typiques sont dépendantes de la charge dans la zone lombaire, irradiantes dans les jambes et peuvent être accompagnées de troubles de la sensibilité. Les douleurs apparaissent après une longue marche, une position debout ou assise prolongée.

Les douleurs, les faiblesses et les troubles de sensibilité peuvent limiter la distance de marche à quelques mètres (claudication spinale). Les douleurs/symptômes s'améliorent souvent en position de décharge (par exemple en s'appuyant sur les bras) ou en penchant la colonne lombaire en avant (par exemple assis avec le haut du corps penché en avant).

Indications opératoires

Environ 20 pourcents des personnes de moins de 60 ans montrent des signes radiologiques d'un rétrécissement du canal rachidien. La présence des symptômes typiques de cette maladie déterminent l'indication opératoire. Dans le cas de signes clairs il n'est pas conseillé d'attendre car les limites physiques tendent à augmenter progressivement.

L'opération du canal rachidien étroit

Le rétrécissement du canal rachidien limite l'efficacité du traitement conservateur. Le segment rétréci peut être déchargé par différentes techniques opératoires.

Par exemple une fenestration bilatérale, une fenestration unilatérale avec décompression du côté opposé ou une laminectomie.

Toute technique a pour but l'agrandissement du diamètre intérieur du canal rachidien. Dans certains cas le canal rachidien étroit peut être dû à une instabilité lombaire. Dans ce cas une opération de stabilisation peut être nécessaire. Les racines nerveuses sont libérées, par une opération sous microscope, des structures osseuses et ligamentaires créant le rétrécissement.

Le traitement post-opératoire

Après l'opération, dû 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 la physiothérapeute durant les six premières semaines. Une sollicitation adaptée du dos 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 du canal rachidien étroit. 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)
- 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. 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 évitée et en cas de douleurs persistantes il est conseillé de consulter le médecin traitant.

Activité	Début de l'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

Activité	Début de l'activité
Activités sportives légères	6 semaines après opération
Sports de contact (Football, Karaté, Judo, etc.)	3 mois après opération
Skier/Faire du snowboard	3 mois après opération
Sports du lancer	3 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.

Application INSELhealth-spinal surgery:

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

Informations supplémentaires

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

Institut de Physiothérapie
Domaine de Neurologie