

Information pour patientes et patients opérés du canal rachidien étroit avec stabilisation

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 avec Spondylolisthésis

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.

Le rétrécissement du canal rachidien peut être accompagné d'un spondylolisthésis (glissement de vertèbre). Un spondylolisthésis décrit un glissement, sous forme d'instabilité de deux corps vertébraux l'un par rapport à l'autre. Ceci pouvant aussi rétrécir le canal rachidien.



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

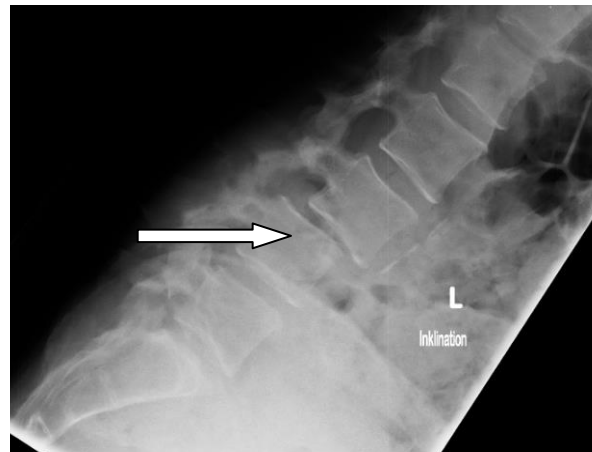


Image 2: Segment instable



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

Symptômes typiques

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

Des douleurs au niveau lombaire et dans les membres inférieurs sont typiques et dépendent de la charge appliquée au niveau lombaire.

Elles peuvent apparaître lors de la marche ou en position debout. Les douleurs s'améliorent souvent en positions de décharge (par exemple en s'appuyant sur les bras) et en se penchant en avant (p.ex. être assis avec le tronc penché en avant). La distance de marche est souvent fortement limitée par des douleurs dorsales ou dans les jambes et/ou par des troubles de la sensibilité (claudication spinale).

Diagnostic

Le diagnostic précis est posé par le médecin grâce à l'évaluation clinique, aux examens tels qu'un IRM (Imagerie par Résonance Magnétique pour les tissus mous) et/ou par une myélographie lombaire (qui consiste à examiner la colonne vertébrale et le canal rachidien sous examen radiologique avec produit de contraste).

Les symptômes typiques à la pathologie sont essentiels pour le choix d'une opération. L'indication et la procédure opératoire sont discutées avec le patient à l'aide des résultats du bilan symptomatique et des images effectuées.

Traitement et opération

Le segment sténosé peut être déchargé de trois manières : soit par une laminectomie, une fenestration bilatérale ou unilatéralement avec décompression du côté opposé.

Les trois techniques agrandissent le diamètre intérieur du canal rachidien. Les laminectomies sont désormais plutôt rares. Lors d'une opération de fenestration microchirurgicale uni- ou bilatérale, le muscle est poussé soigneusement de côté, le ligament jaune ainsi que les parties médiales et antérieures de la facette articulaire épaissie sont enlevés.

Les racines nerveuses sont libérées et détachées de l'étranglement osseux et ligamentaire.

Lors d'un spondylolisthésis, il se peut qu'une opération stabilisatrice, nommée spondylodèse, est effectuée. Lors d'une stabilisation des corps vertébraux, un maintien ou une reconstruction des courbes naturelles de la colonne vertébrale sont recherchées.

Le but de la neurochirurgie est la décompression soignée des structures nerveuses. De manière générale, lors d'une spondylodèse, trois objectifs opératoires sont visés: décompression, reposition et stabilisation.

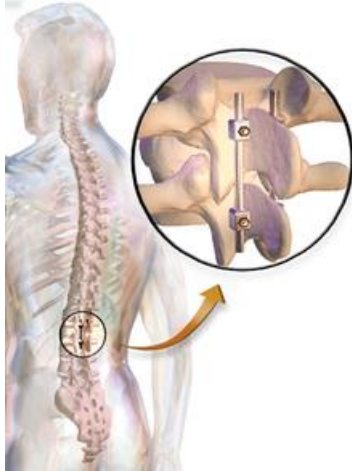


Image 4: Schéma d'une spondylodèse

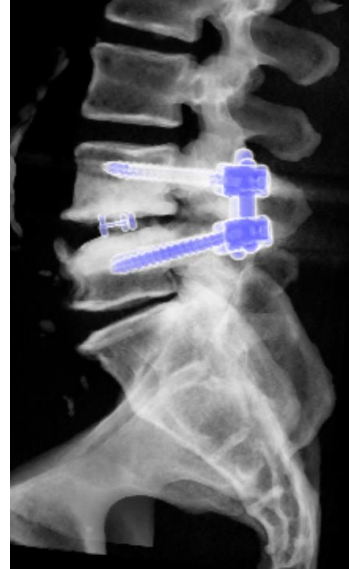


Image 5: Radiographie d'une spondylodèse L4-L5 avec cage

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 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	<p>Les 4 premières semaines, le port de charges de 3-4kg (au maximum) est autorisé</p> <p>Conseils:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>La durée d'une incapacité de travail est décidée avec l'opérateur, et peut varier de deux à six semaines.</p> <p>Ceci est aussi valable pour les travaux ménagers et familiaux.</p> <p>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).</p>

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.

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