

CHIRURGIE de la COLONNE VERTÉBRALE LOMBAIRE

Livret d'information péri opératoire destiné au patient

Centre Orthopédique SANTY
24, avenue Paul SANTY
69008 LYON - FRANCE

Hôpital Privé Jean MERMOZ
55, avenue Jean MERMOZ
69008 LYON - FRANCE

PRINCIPES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR



INTERVENTION CHIRURGICALE : DÉROULEMENT

La **chirurgie d'arthrodèse lombaire** a pour but de traiter les **douleurs** de la zone **lombaire** (basse) de la colonne vertébrale, mais également les douleurs référées **aux membres inférieurs (sciatiques, cruralgies)** liées aux problèmes vertébraux.

Une arthrodèse consiste à faire **fusionner** une ou plusieurs articulations (dans ce cas, **une ou plusieurs vertèbres**). Une **greffe osseuse** (prélevée localement ou à distance sur le patient) est nécessaire, de façon à « souder » les vertèbres. Pour ce faire, les vertèbres concernées doivent être maintenues solidement attachées, le temps que la greffe osseuse consolide.

Pour maintenir les vertèbres, un **matériel d'« ostéosynthèse »** est mis en place (vis et tiges) ; celui-ci doit respecter la forme du dos du patient concerné, raison pour laquelle une planification radiographique précise doit être réalisée avant l'intervention. Ce matériel est en général posé dans le dos, par « **voie postérieure** ».

Pour pérenniser la forme de l'arthrodèse et favoriser la consolidation osseuse, l'exérèse des disques inter vertébraux puis l'étayage par cage inter somatique, dans la zone opérée, est le plus souvent nécessaire. Cette **greffe complémentaire** est en général réalisée par « **voie antérieure** » (incision en regard de l'abdomen), mais peut être réalisée dans le même temps que la chirurgie postérieure.

Une arthrodèse peut donc nécessiter **une ou deux interventions chirurgicales** (voie postérieure et voie antérieure), qui sont effectuées soit le même jour, soit le plus souvent à quelques semaines d'intervalle.

L'**admission** se fait **la veille** de l'intervention. Le chirurgien et le médecin anesthésiste vérifient les formalités pré opératoires :

Chirurgicales : confirmation de l'**indication**, vérification de la bonne asepsie pré opératoire (**douches bétadinées**), **bas de contention** élastique, **imagerie** pré opératoire et information.

Anesthésiques : vérifications des **bilans** cardiologique, urinaire, dentaire, allergies et information.

Le **jour de l'intervention**, le patient est à **jeun** depuis au moins 6 heures. La **douche bétadinée** est prise 2h avant la chirurgie, la **prémédication** est donnée, et le patient peut être amené au bloc opératoire avec ses **bas de contention** et son **imagerie**. Le **retour du bloc** opératoire a lieu quand le médecin anesthésiste donne le feu vert pour la **sortie de salle de réveil**. *La douleur post opératoire est traitée par pompe à morphine et antalgie intraveineuse pendant 24 à 48h.*

Le **premier lever a lieu le premier jour** qui suit l'intervention, avec un kinésithérapeute. La **prise en charge « kiné »** (apprentissage des consignes d'hygiène vertébrale, aide à la marche, montée et descente des escaliers, information posturale) a lieu deux fois par jour pendant la durée de l'hospitalisation.

L'**ablation** des « tuyaux » (**perfusions, drains, sonde urinaire**) a lieu dans les jours qui suivent l'intervention, n'excédant pas le 3^{ème} jour. Un **corset sur mesure** est confectionné et ajusté avant la sortie du patient par un ortho prothésiste.

Le transport pour **retour à domicile** ou en établissement de suite de soins se fait en ambulance, **en position couchée**.



LES RISQUES OPÉRATOIRES CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

Tout traitement médical apporte des bénéfices (escomptés) et des risques d'effets secondaires (ou complications liées au traitement). Le traitement chirurgical d'une pathologie n'échappe pas à cette règle universelle. Les **complications** en chirurgie vertébrale sont soit **spécifiques** à la colonne vertébrale, soit **communes** à tous les actes chirurgicaux en général.

COMPLICATIONS COMMUNES À TOUTE CHIRURGIE :

Thrombose veineuse profonde (T.V.P. ou phlébite) et embolie pulmonaire : l'absence de contraction des muscles des membres inférieurs (anesthésie générale, alitement) peut entraîner la formation d'un caillot dans une veine du membre inférieur : c'est la phlébite (0,3%). Si le caillot migre depuis cette veine, il peut obstruer la circulation pulmonaire : c'est l'embolie pulmonaire (0,1%). Si celle-ci est massive, le décès brutal peut survenir. La **prévention** est assurée par piqûres d'héparine de bas poids moléculaire (**H.B.P.M.**) et **bas de contention élastiques** de classe 2. Le traitement curatif est anticoagulant (A.V.K. Préviscan®). Il faut 3 mois de traitement pour la phlébite et 9 mois pour l'embolie pulmonaire.

Infection du site opératoire : il s'agit d'un abcès collecté au niveau de l'intervention. Elle survient dans le mois qui suit l'intervention : écoulement cicatriciel, fièvre, douleurs, fatigue et perturbations biologiques. Elle concerne 0,5% des patients. La **prévention** est assurée par **douches bétadinées** pré opératoires (la semaine précédant l'intervention), un protocole de **préparation cutanée** spécifique, **l'antibioprophylaxie** péri opératoire, et les conditions optimales du plateau technique. En cas d'infection avérée, une **reprise chirurgicale** est nécessaire (lavage et prélèvements) et une **antibiothérapie** double pendant 6 à 8 semaines.

Infection urinaire : liée à la **sonde urinaire**, elle nécessite une antibiothérapie courte (3 jours). Chez l'homme, le risque de **prostatite** (abcès de la prostate) nécessite une double antibiothérapie parfois longue.

Hématome : il favorise le risque transfusionnel. Le risque principal est l'hématome compressif (voir ci – après dans les complications spécifiques).

Risque transfusionnel : la probabilité de transfusion augmente avec l'âge et la lourdeur de l'intervention. L'utilisation d'épargneur de sang (**Cell Saver®**) en per opératoire permet de limiter ce risque. Pour certaines interventions (longues arthrodeses, corrections de déformations rigides de la colonne vertébrale), la **transfusion est programmée**. Pour d'autres, (correction de **scoliose chez l'adolescente**), la **transfusion doit être évitée** pour limiter les risques d'immunisation.

Syndrome confusionnel post opératoire : surtout **lié à l'âge**, il est le plus souvent spontanément **régressif** sous neuro modulateur. Il doit faire rechercher une complication somatique.

COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES À LA COLONNE VERTÉBRALE :

Brèche de la dure – mère : (<1%) en cas d'ouverture du canal rachidien (pour libérer des racines ou en cas de déformation rigide de la colonne vertébrale), un **trou** peut être accidentellement fait **dans l'enveloppe des racines**, la dure-mère. Une réparation est effectuée pendant l'intervention. Un écoulement de liquide cérébro spinal peut avoir lieu après l'intervention, ce qui entraîne des vertiges, nausées, sono et photophobies. Si l'écoulement n'est pas extériorisé, un **alitement prolongé** permet de faire céder les symptômes. En cas d'écoulement extériorisé, **une reprise chirurgicale** est nécessaire pour étanchéifier la dure – mère.

Radiculite post opératoire : (2 à 3%) il s'agit d'une douleur de **sciatique post opératoire** qui apparaît de façon un peu retardée (quelques jours après l'intervention). Elle est liée à **l'inflammation d'une racine**, le plus souvent après passage d'une cage dans l'espace intervertébral (**technique « TELIF »**). Un **scanner de contrôle** confirme l'absence d'élément conflictuel expliquant la douleur. Le traitement associe le repos, les neuro modulateurs (Lyrica®). La **disparition des douleurs est lente** et en général complète en 6 mois.

Syndrome de la queue de cheval : (<0,1%) c'est la **complication neurologique majeure** de la chirurgie lombaire. Il s'agit d'une faiblesse rapidement progressive des membres inférieurs et des sphincters survenant dans les suites de l'intervention. Il est lié à une **compression aiguë des racines nerveuses** dans la zone lombaire. La cause principale est **l'hématome compressif intra canalaire**. Une IRM en urgence peut être réalisée, mais rien ne doit retarder une **reprise chirurgicale en extrême urgence** pour décompression radiculaire. En l'absence de reprise, un déficit moteur définitif peut s'installer.

Conflit entre matériel d'ostéosynthèse et racines : (<0,5%) **au réveil** de l'intervention, le patient décrit une **douleur aiguë de cruralgie ou de sciatique**. Un **scanner** réalisé en urgence retrouve un **conflit** entre une vis d'ostéosynthèse et une racine ou le tronc lombo sacré dans le bassin. Une **reprise chirurgicale** est nécessaire pour modifier l'implant mal positionné.

Pseudarthrodèse inter somatique : (1 à 2%) c'est la plus fréquente des complications mécanique. Si **la greffe ne « prend » pas** dans une zone de l'arthrodèse, le matériel « bouge » dans la zone opérée (micro mobilité) et crée une inflammation, ce qui entraîne des **douleurs comparables aux douleurs pré opératoires**. Des scanners de contrôle réguliers doivent être réalisés en cas de douleurs inexplicables **après 3 mois** post opératoire. En l'absence de consolidation après 1 an, la pseudarthrose est avérée. Seule la **reprise chirurgicale pour greffe itérative** pourra permettre d'améliorer les douleurs en achevant la consolidation inter vertébrale. A noter : **le risque de pseudarthrodèse est 8 fois plus élevé chez les fumeurs**.

CONSIGNES À RESPECTER EN POST OPÉRATOIRE

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR



Les **pansements** sont poursuivis pendant 3 semaines à raison de 3 fois par semaine. Le surjet utilisé pour la fermeture est résorbable.

Les **antalgiques** sont à prendre en fonction des douleurs (ressenti variable d'un patient à l'autre).

Le port des **bas de contention** dure **10 jours** en moyenne. Les injections d'**H.B.P.M.** également.



La **position assise basse est interdite** pendant 2 à 3 mois après l'intervention pour éviter de « plier » l'arthrodèse.

Une **chaise haute** doit être utilisée pour les repas, télé... Un **réhausseur** peut être mis dans les toilettes. Les **trajets en voiture** sont **interdits** pendant cette période.



Le **corset doit être porté, sauf en position couchée**, dès que la cicatrice opératoire le permet.

Il **évite** surtout de faire de **faux mouvements**.

Il « tient » le dos pendant la période de consolidation.



Aucune séance de rééducation n'est prescrite.

Les mouvements induits par la **rééducation** sont délétères pendant la période de consolidation.

On débute la rééducation lorsque l'arthrodèse est solide (**minimum 3 mois**).



La **marche** est recommandée sans limite de distance.

Durant la marche, les muscles du tronc sont contractés, la lordose lombaire est physiologique; la colonne est donc parfaitement verrouillée pour permettre une **consolidation optimale**.

Unité de la colonne vertébrale

Centre Orthopédique SANTY, 24 avenue Paul SANTY
69008 LYON

Tél: 04 37 53 00 48

Dr. Alexis FALINE

Dr. Vincent FIÈRE

Dr. Marc SZADKOWSKI