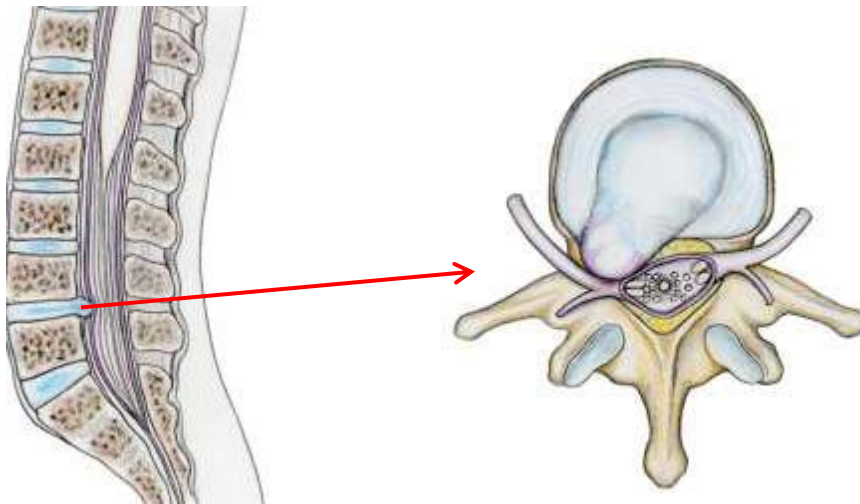


HERNIE DISCALE LOMBAIRE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

La colonne vertébrale est constituée d'un empilement de vertèbres. Les cinq vertèbres du bas constituent la colonne lombaire ou rachis lombaire qui repose sur le sacrum. Entre chaque vertèbre se trouve un disque qui sert d'amortisseur. Il est composé de deux parties, l'une centrale, le noyau et l'autre périphérique, l'annulus. L'annulus sert d'enveloppe au noyau. Quand l'annulus se déchire, le plus souvent par usure, une partie du noyau s'échappe et va comprimer le nerf à l'intérieur de la colonne vertébrale. C'est ce que l'on appelle une hernie discale. Ces hernies surviennent souvent à l'effort, mais quelquefois sans aucune circonstance favorisante, voire en dormant.



Colonne vertébrale de profil : le disque malade se déchire vers l'arrière et la hernie vient comprimer un nerf

Lorsqu'un nerf est comprimé, une douleur apparaît dans le membre inférieur du côté de la hernie. Selon le niveau du disque atteint, le nerf comprimé est le nerf sciatique (douleur en arrière ou sur le côté de la jambe ou de la cuisse) ou le nerf crural (douleur sur le devant de la cuisse et du tibia). A de rares exceptions près, une hernie discale ne fait pas mal dans le bas du dos (une lombalgie) de façon isolée mais fait surtout mal dans la jambe.

A côté de la douleur, des troubles de la sensibilité peuvent survenir (pertes de sensations, fourmillements ou engourdissements). Ils ne sont généralement pas graves sauf s'ils surviennent sur les organes sexuels. Dans les cas les plus graves, une paralysie peut apparaître au niveau du pied (pied qui tombe), du genou (genou qui lâche) ou au niveau des organes sexuels (incontinence urinaire, anale, impuissance). C'est l'importance de la paralysie (partielle ou totale) qui fait la gravité de la hernie.

AVANT LE TRAITEMENT

Le diagnostic de la hernie discale est fait grâce au scanner ou à l'IRM. En dehors des cas avec une paralysie il n'y a pas d'urgence à demander ces examens. Une fois faits, ils permettent de visualiser la hernie et d'expliquer votre douleur.

QUEL TRAITEMENT ?

Plus de 80% des hernies discales guérissent en moins de deux mois avec le traitement médical. Celui-ci comprend des médicaments contre la douleur, parfois de la morphine. On y associe des anti-inflammatoires et des myorelaxants. L'association de ces trois médicaments est la base du traitement et est le seul qui a fait la preuve formelle de son efficacité. En dehors des cas de paralysie, on commence toujours par le traitement médical.

D'autres traitements sont souvent associés :

- Le repos est conseillé sans pour autant rester couché systématiquement,
- Une ceinture lombaire, voire un corset, peut être utile,
- La kinésithérapie lorsque la phase très douloureuse est finie,
- Les infiltrations,
- D'autres traitements tels l'acupuncture, la mésothérapie...n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

C'est au-delà de ce délai de 6 à 8 semaines (sauf cas d'urgence) pour les hernies qui font toujours mal et qui ne se sont pas résorbées, que se pose la question d'une opération.

Certaines d'entre elles sont toujours douloureuses après plusieurs mois d'évolution et peuvent abîmer le nerf à force de le comprimer entraînant des lésions définitives difficiles à traiter. D'attendre trop, avant de discuter d'une intervention n'est pas toujours une bonne solution.

L'objectif de la chirurgie est de supprimer ou d'atténuer largement la douleur sciatique ou crurale qui descend dans votre jambe. Elle a habituellement un effet beaucoup moins net sur le mal de dos surtout si celui-ci était déjà présent auparavant. Elle est la méthode la plus efficace pour espérer récupérer d'une paralysie sévère. L'indication chirurgicale repose avant tout sur la parfaite compréhension de la cause de votre douleur par le scanner et/ou l'IRM.

Le but de l'opération est de décoincer le nerf à l'intérieur de la colonne en retirant la hernie discale. L'opération est appelée discectomie lombaire ou ablation de hernie discale lombaire. Plusieurs méthodes peuvent être proposées par votre chirurgien selon les caractéristiques de votre hernie. Elles sont réalisées pour la plupart sous anesthésie générale.

- La plus classique consiste, dans les cas simples, à faire une cicatrice d'environ 5 cm, de décoller le muscle de la vertèbre, de retirer la hernie et parfois un petit bout de disque. En aucun cas, on ne peut ni ne doit retirer tout le disque. Un drain est parfois posé. L'hospitalisation dure de 2 à quelques jours selon les cas.
- Par des incisions plus petites (1 à 3 cm), en utilisant un microscope, des loupes ou un endoscope, on peut aussi réaliser cette opération en faisant les mêmes gestes. Ce sont les méthodes mini invasives.

Aucune de ces méthodes n'est supérieure à une autre pour la disparition de la douleur dans la cuisse ou la jambe à un mois après l'opération. Par contre les techniques mini invasives diminuent le plus souvent la durée d'hospitalisation (1 ou 2 jours).

Dans des cas bien particuliers votre chirurgien vous expliquera que l'on peut être amené à poser des vis et faire une greffe osseuse associée, et réaliser ainsi une arthrodeèse.

Les cas où il est habituel de proposer la chirurgie sont :

En urgence :

- La paralysie des muscles contrôlant la continence urinaire et anale. Elle constitue le syndrome de la queue de cheval. Il y a, associés aux paralysies, des troubles de la sensibilité au niveau du vagin ou des testicules et de l'anus. Si ces signes surviennent, une consultation le jour même est impérative. C'est une urgence absolue qui doit être opérée le plus rapidement possible.
- Les sciatiques paralysantes sévères touchant les muscles importants du pied, du genou ou de la hanche. Une paralysie des orteils isolée n'est pas une urgence chirurgicale.

- La sciatique hyperalgique : C'est une douleur insupportable résistante à tous les médicaments y compris à la morphine. C'est l'impossibilité de supporter la douleur plus longtemps qui conduit à la chirurgie.

Au-delà de 6 à 8 semaines :

Après échec du traitement médical, une intervention chirurgicale peut être proposée. Elle n'est jamais obligatoire. C'est l'importance de votre douleur et la discussion avec votre chirurgien du rapport bénéfice/risque qui vous feront prendre votre décision.

APRES L'INTERVENTION

Il est important de vous informer le mieux possible pour que vous puissiez prendre votre décision d'intervention en évaluant le rapport bénéfice /risque de votre opération avec vos différents médecins. Les suites dépendent surtout de l'habitude du chirurgien et de vos maladies associées. Le plus souvent, le premier lever peut se faire le jour même de l'opération. Vous êtes capable de monter et descendre des escaliers à la sortie. On peut conduire sa voiture au bout de 15 jours, un mois. Une rééducation est souvent prescrite pour renforcer les muscles du dos. Le sport tels la natation et le vélo est possible après un mois. Il faut souvent attendre 3 mois pour faire des sports plus violents ou de la compétition.

La reprise de travail est variable selon la pénibilité, la couverture sociale, la motivation et bien sûr le résultat de l'opération. Elle se fait normalement entre 1 et 3 mois après l'opération.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Dans 80 à 90% des cas la douleur sciatique ou crurale va disparaître ou diminuer dès le réveil. Le résultat sur le mal de dos est beaucoup moins bon, surtout si vous aviez des douleurs lombaires anciennes. En aucun cas on ne peut donc vous assurer une guérison définitive.

Les paralysies et les troubles sensitifs peuvent mettre un an avant de récupérer et parfois ne récupèrent jamais.

La récurrence de la douleur sciatique est possible. Elle peut être due à une récurrence de la hernie. Elle survient dans 5 à 10% des cas et peut parfois être très précoce (quelques jours). La récurrence n'implique pas forcément une nouvelle opération. S'il n'y a pas de récurrence de hernie, la douleur peut être due à un problème de fonctionnement du nerf. Celui-ci peut avoir été abimé par la compression parfois trop prolongée ou par la cicatrisation qui se fait après l'opération. Le traitement est médical et se fait souvent avec l'aide des centres anti douleurs.

La persistance ou la majoration de la douleur lombaire pose toujours des problèmes difficiles à résoudre. Après un traitement médical complet, et dans quelques cas bien particuliers, une opération d'arthrodèse (blocage de deux vertèbres) ou de mise en place d'une prothèse discale peut vous être proposée.

LES COMPLICATIONS

Il existe deux types de risques :

- 1 Ceux en rapport avec votre état général, les maladies que vous avez et l'anesthésie. Ils sont donc très variables et vous seront expliqués au cas par cas par votre chirurgien, votre médecin anesthésiste. Certains antécédents peuvent causer ou favoriser la survenue de complications parfois graves, à l'extrême mortelles.
- 2 Ceux en rapport avec l'opération proprement dite :
 - **L'erreur de niveau** : on ne vous a pas opéré au bon niveau. C'est pour cela que vous devez impérativement rapporter l'ensemble de votre imagerie (radio, scanner, IRM) sans chercher à faire vous-même le tri.
 - **Les risques «neurologiques** ». C'est le risque de paralysie des membres inférieurs. Quelle que soit l'opération réalisée sur la colonne vertébrale même la plus simple (ce qui est souvent le cas pour une hernie discale) le risque de paralysie n'est pas nul. Ces

complications sont rares et peuvent leur récupération est variable. Il peut s'agir d'une simple paralysie des orteils mais parfois plus embêtante avec une atteinte au niveau du pied ou du genou. Une difficulté à uriner les premiers jours est classique et peut nécessiter un sondage. Elle régresse quasiment toujours. Très rarement (<1/1000) il peut survenir un syndrome de la queue de cheval (paralysie des sphincters, et encore plus exceptionnellement une paralysie complète des membres inférieurs (paraplégie). La cause n'est pas toujours évidente. La plus fréquente est l'hématome au niveau du site de l'opération qui peut entraîner une compression des nerfs. Une intervention en urgence est impérative quand apparaît la paralysie. Une fuite du liquide céphalo rachidien (c'est le liquide dans lequel baignent les nerfs à l'intérieur de la colonne) est possible surtout lors des ré opérations où tous les tissus collent entre eux. Elle est due à une déchirure parfois inévitable, de l'enveloppe qui entoure les nerfs. Le plus souvent elle est sans conséquence ou peut donner des maux de tête transitoires. Elle est plus grave si la fuite s'exteriorise et que le liquide sort par la cicatrice. Un risque (très rare) de méningite est alors possible. Un retour aux urgences est indispensable en vue d'une ré intervention. Autrement, une poche de liquide peut se former et disparaître toute seule avec le temps. Rarement il faut l'enlever.

- **Le risque infectieux.** Plusieurs types d'infection sont possibles :
 - superficielle, au niveau de la peau. Elle se traite avec des soins locaux.
 - plus profonde, au niveau de la graisse ou des muscles. Un nettoyage local est parfois nécessaire associé à des antibiotiques. Les séquelles sont exceptionnelles.
 - au niveau de l'os et du disque réalisant une spondylodiscite. Rare (2/1000) elle peut laisser des séquelles à type de lombalgie. Le traitement consiste à donner des antibiotiques pendant 6 semaines à 3 mois.
 - au niveau des méninges ; très rare mais la plus grave, elle provoque une méningite. Dans certains cas l'infection peut se généraliser et donner une septicémie qui peut être très grave voire mortelle.
- **D'autres risques exceptionnels ont été décrits :**
 - Une lésion des gros vaisseaux de l'abdomen (aorte, veine cave) survenant lors de l'excision du disque. Elle peut entraîner une hémorragie gravissime pouvant être mortelle. Lors du même geste une plaie des viscères a été décrite.
 - Les paralysies au niveau des bras peuvent survenir lors de l'installation.
 - Une compression du globe oculaire lors de l'installation peut donner une cécité définitive.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

Cette notice a été réalisée par les chirurgiens du service pour vous informer de l'intervention que vous allez subir. Elle doit vous incitez à demander des compléments d'information au chirurgien responsable de votre future intervention.