

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Conseils après une chirurgie de la colonne vertébrale

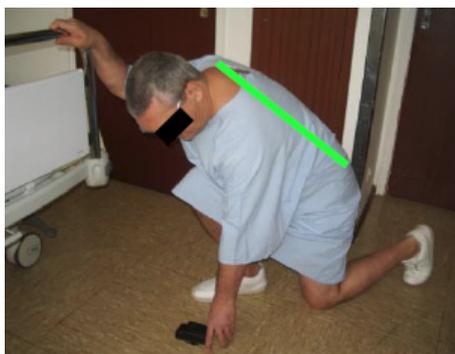


Hôpital européen Georges-Pompidou



Pour toutes les autres activités de la vie quotidienne, vous pourrez utiliser, selon les cas, la fente avant (attention de ne pas cambrer le dos) voire la position assise ou semi-assise. N'hésitez pas à en discuter avec votre kinésithérapeute.

La conduite automobile n'est pas recommandée tant que dure le port du corset ou pendant les 6 premières semaines, en l'absence d'arthrodèse. Toutefois, vous pouvez être passager pour de courts trajets si vous appliquez les recommandations faites précédemment dans votre installation à l'intérieur de l'habitable.



Recommandations générales :

Après avoir quitté le service de chirurgie, il est vivement recommandé de ne pas entamer un traitement antibiotique ou de modifier un traitement déjà prescrit sans en avertir votre chirurgien.

Contactez le secrétariat de votre chirurgien si apparaissent des troubles de la sensibilité ou pour signaler une inquiétude concernant la cicatrisation ou en cas d'urgence le 01 56 09 25 25

Présentation générale :

Le rachis ou colonne vertébrale comprend 26 os superposés s'étendant de la base du crâne au bassin. Il protège la moelle épinière (rôle neurologique) et soutient la tête et le tronc (rôle mécanique).

Les vertèbres sont réparties en 5 segments (fig. 1). De haut en bas :

- les 7 premières vertèbres constituent le rachis cervical,
- les 12 vertèbres qui s'articulent avec les côtes forment le rachis dorsal ou thoracique,
- les 5 vertèbres suivantes, le rachis lombaire,
- quant au sacrum et au coccyx, ils résultent de la « fusion » de vertèbres présentes chez le bébé.

Les vertèbres demeurées distinctes sont séparées par des disques intervertébraux qui jouent un rôle d'articulation et d'amortisseur.

Les vertèbres s'empilent sur un trépied constitué :

- en avant, de deux corps consécutifs séparés par un disque intervertébral
- et en arrière, deux massifs articulaires.

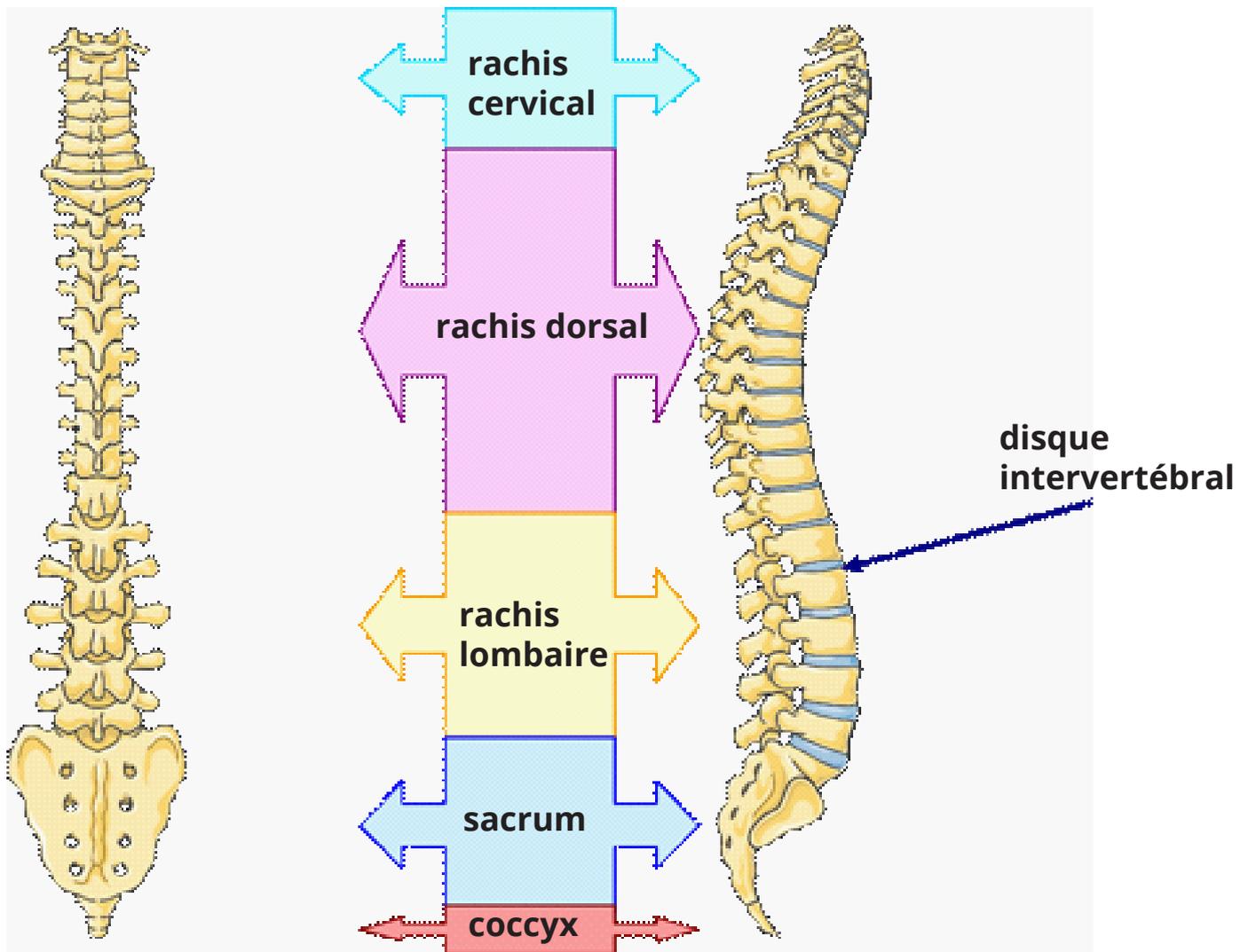
L'équilibre de la structure est conditionné par la présence de courbures harmonieuses et par des moyens d'union que sont les ligaments et les muscles.

Les courbures nommées cyphose ou lordose permettent lorsqu'elles sont harmonieuses d'obtenir un équilibre économique. Elles sont acquises lors de l'apprentissage de la marche.

Description de la structure de base :

Chaque vertèbre est constituée de 2 parties (fig. 2) : un corps vertébral

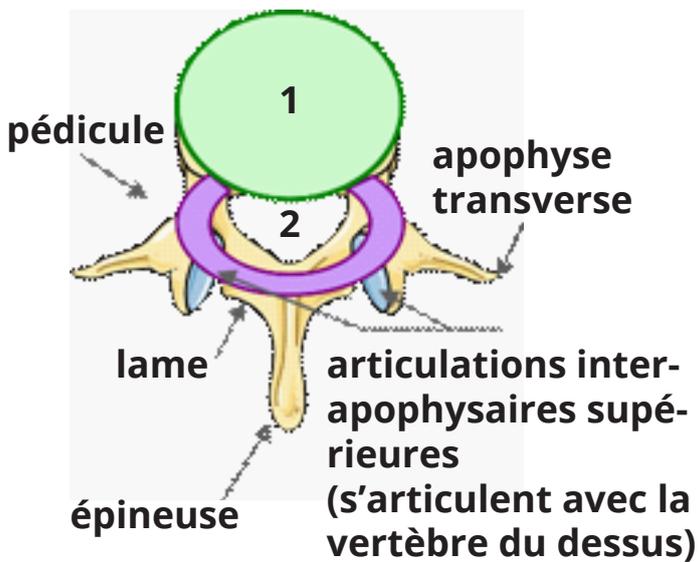
(1) en avant et un arc postérieur (2) ménageant ensemble un espace appelé canal rachidien.



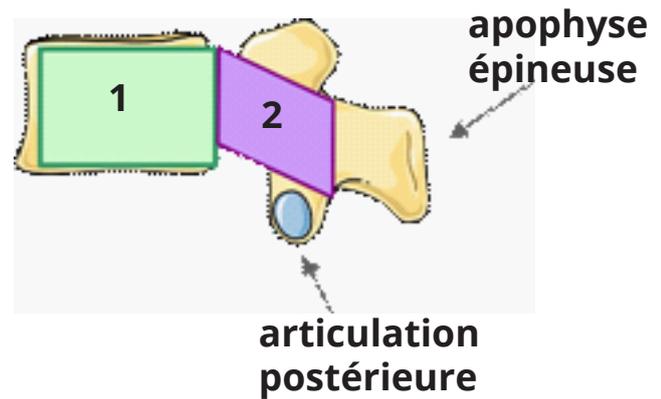
Vue postérieure

Vue de profil

fig. 1.



Vertèbre lombaire vue supérieure



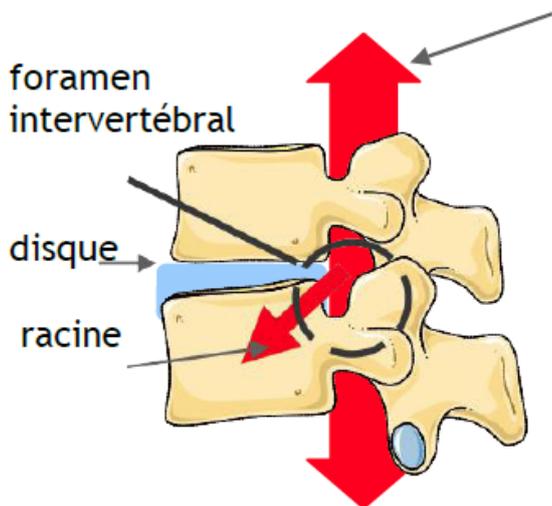
Vue de profil

fig. 2.

L'arc osseux est composé depuis le corps vertébral, d'avant en arrière, de façon symétrique : d'un pédicule, de processus articulaires (facteur de verrouillage intervertébral), de processus transverses, d'une lame et du processus épineux.

Le canal rachidien contient aux étages cervicaux et thoraciques, la moelle épinière et à l'étage lombaire, la queue de cheval, un volumineux faisceau de cordons nerveux.

Structure nerveuse centrale



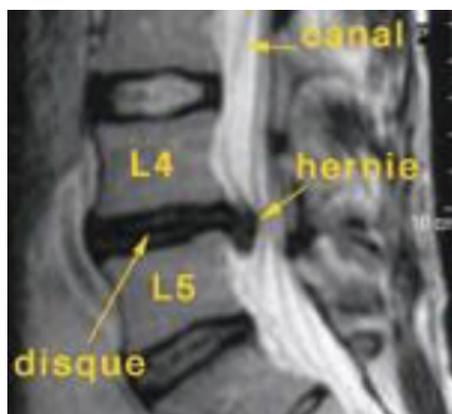
Entre deux vertèbres, le *foramen intervertébral* permet aux racines nerveuses de sortir du canal rachidien, à destination du tronc et des membres (fig. 3). Les ramifications de ces racines, les nerfs, transmettent les influx « ascendants » au cerveau (informations sensibles) et « descendantes » vers les organes ou les membres (ordres moteurs).

fig. 3. émergence des racines nerveuses.

Les pathologies vertébrales :

1. La hernie discale :

Le disque intervertébral comprend à sa partie périphérique, un anneau de tissu fibreux et en son centre un noyau gélatineux, le *nucléus pulposus*.



Lorsque la coque fibreuse se fissure alors la substance gélatineuse du noyau sous pression peut s'insinuer dans la fente jusqu'à former une petite saillie périphérique : la hernie (fig. 4).

Responsable de douleurs lombaires, elle peut aussi déclencher des douleurs neurologiques (cruralgie, sciatique...).

fig. 4. rachis lombaire de profil.



Après échec du traitement médical d'usage, le traitement chirurgical peut être envisagé.

Il consiste en une cure de la hernie du disque intervertébral.

L'intervention dure environ une heure. En l'absence de complication, le patient est mis debout et marche dès le lendemain. On lui enseigne les gestes de protection lombaire.

fig. 5. cure d'une hernie, geste chirurgical schématisé.

2. La sténose lombaire dégénérative :

Le canal rachidien peut être étroit de façon constitutionnelle ou se rétrécir progressivement sur des phénomènes dégénératifs d'origine arthrosiques (ostéophytes, pincements, dislocation et spondylolisthésis dégénératifs).

La sténose canalaire entraîne une compression des racines nerveuses, aboutissant alors à une claudication des membres inférieurs (sciatalgies, cruralgies, crampes à l'effort...)

Lorsque l'indication opératoire est posée, le chirurgien libère les structures nerveuses par un recalibrage étagé (laminectomies, arthrectomies...).



Dans chaque cas, un geste spécifique est réalisé sur chaque élément anatomique responsable de la compression. La stabilité est respectée ou restaurée par un geste d'arthrodèse vertébrale (**fig. 6**).

fig. 6. Radiographie de profil d'une arthrodèse vertébrale instrumentée.

3. Les glissements vertébraux :

Le spondylolisthésis désigne le glissement du corps d'une vertèbre au dessus d'une autre (**fig. 7**). Ce glissement peut être le résultat de phénomènes dégénératifs, infectieux ou tumoraux. Il peut être lui aussi responsable d'une compression des racines nerveuses (par un mécanisme en « coupe-cigare »).



Après confirmation du diagnostic, si le traitement médical s'est révélé impuissant (infiltrations, test au corset), la chirurgie permet de fusionner ces vertèbres. Pour maintenir l'ensemble, une fixation avec des vis et des tiges métalliques peut s'avérer nécessaire le temps de consolidation de la greffe osseuse.

Fig. 7. Rachis lombaire de profil d'un spondylolisthésis

4. Les déformations rachidiennes :

Elles entraînent des troubles de la statique du tronc et du bassin. Elles peuvent avoir un retentissement respiratoire lié à des modifications de l'ampliation thoracique. En plus des douleurs accompagnant les modifications morphostatiques évoluées, des paresthésies des membres inférieurs peuvent apparaître.

La déformation rachidienne la plus fréquente est la scoliose (**fig. 8-9**) : une déformation du rachis dans les trois plans de l'espace (rotation vertébrale).

Il s'agit d'une pathologie complexe où chaque patient est traité de manière spécifique.

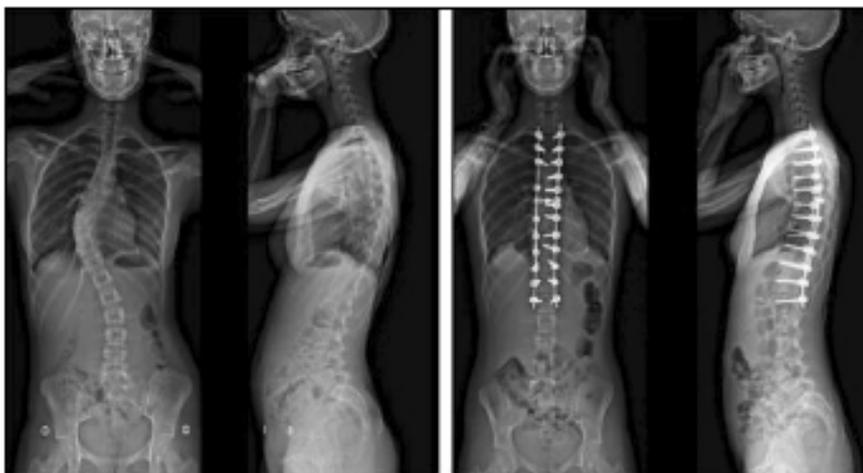


fig. 8 Rachis scoliose avant et après intervention

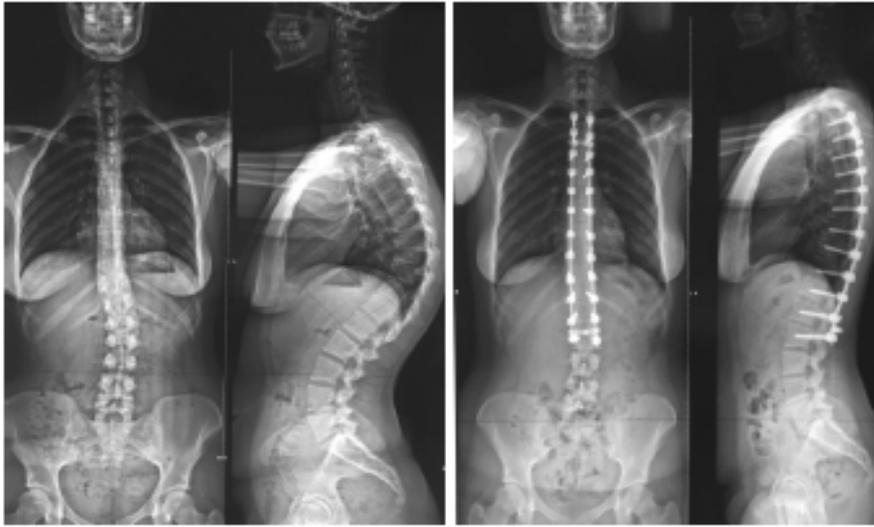


fig. 9 Rachis cyphotique avant et après intervention

Les suites opératoires :

Suivant le type d'intervention, le lever sera possible dès le lendemain ou dans les cinq premiers jours qui suivent l'opération.

La position assise se fera le plus souvent sur un siège haut afin que l'angle entre les cuisses et le tronc soit le plus ouvert possible (supérieur à 120°).

On parle alors d'une position « assis debout ».

A l'hôpital, un kinésithérapeute vous aidera et vous conseillera pour ces différents exercices.

Il est fréquent que certaines douleurs persistent encore quelque temps ; elles disparaîtront après quelques jours, voire quelques semaines.

Le port d'un corset sera parfois nécessaire et prescrit par votre chirurgien.

Principes généraux pour les exercices :

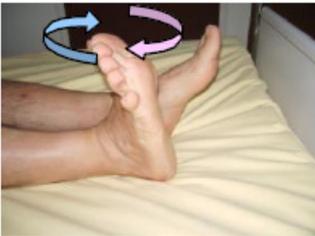
1. les exercices sont à réaliser lentement, sans brutalité,
2. la respiration pendant ces exercices doit demeurer calme et profonde, donc sans essoufflement,
3. ils ne doivent pas entraîner de douleur, ni de contracture,
4. pendant les exercices, le dos ne doit pas bouger,
5. enfin, il est conseillé de les pratiquer régulièrement

Dès le lendemain de l'intervention :

Dans le lit, pour stimuler la circulation sanguine, alterner les appuis et changer de position :



- Bougez vos chevilles en « talon-pointe » (pointe de pied vers le haut puis le bas), les deux côtés synchronisés puis dissociés, une vingtaine de fois.

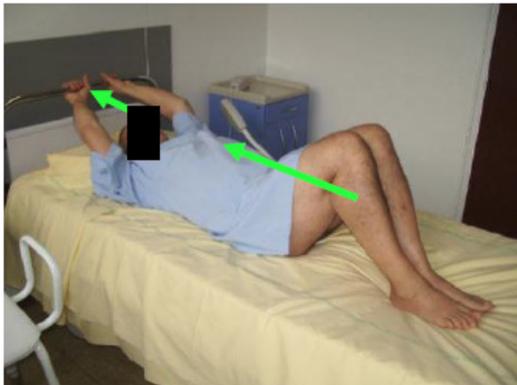


- Réalisez de grands cercles avec la pointe de pied, dans un sens puis dans l'autre, une vingtaine de fois.



- Pliez vos jambes en respectant quelques précautions : une jambe après l'autre, en faisant glisser le talon sur le lit. Ne cherchez pas à soulever votre jambe au-dessus du lit.

Pour vous rehausser vers la tête de lit, utilisez le montant du lit tout en poussant sur le matelas avec les membres inférieurs.



Vous utiliserez cette manœuvre à chaque fois que le dossier du lit devra être relevé pour les repas d'une trentaine de degrés, permettant ainsi de faire correspondre l'axe du dossier du lit avec celui des hanches.

Il est conseillé d'alterner la position couchée sur le dos avec une installation couchée sur le côté droit ou gauche, régulièrement dans la journée.

Pour vous tourner sur le côté : les épaules et le bassin doivent bouger ensemble afin de ne pas solliciter votre dos en torsion. De plus, il faut que la tête de lit soit strictement horizontale afin de ne pas vous retrouver en inclinaison latérale une fois sur le côté.

Ne pliez que la jambe qui vous servira à pousser sur le matelas afin de permettre la rotation du bassin. Le tronc tourne en même temps que le bassin. Aller agripper le montant de la barrière du lit peut aider à se tourner.



Préalable pour se mettre debout : Tournez-vous sur le côté puis sortez les jambes tout en vous aidant du bras, les jambes faisant contrepoids par rapport au tronc. Veillez à ce que votre dos reste bien droit durant la phase de bascule, jusqu'à la position assise.

Mouvement de bascule au bord de lit : dans le même temps, les jambes descendent et le buste se redresse.

IL EST RECOMMANDE DE NE PAS CHERCHER A SE LEVER SANS L'ACCOMPAGNEMENT D'UN PROFESSIONNEL DU SERVICE.

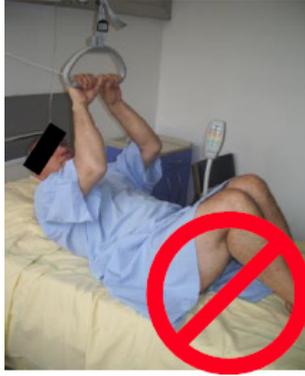


Pour vous lever : Comme pour tous les gestes simples, les cuisses travaillent, pas le dos ! Aidez-vous des bras pour pousser sur le matelas ou sur les accoudoirs du fauteuil. Vous pouvez aussi pousser avec les mains sur vos cuisses.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE...



Pas de torsion du tronc.



Ne pas sortir du lit en « tractant » sur ses abdominaux.



N'UTILISEZ PAS LA POTENCE DU LIT POUR NE PAS CONTRAINDRE LA COLONNE VERTEBRALE.

Pour s'asseoir : Il est préférable de choisir un fauteuil droit et dont l'assise est haute. La durée de la station assise est augmentée progressivement.

Lorsque le geste opératoire a nécessité une instrumentation pour fusionner un ou plusieurs étages vertébraux, il est impératif d'adopter une position « assis-debout » afin de ne pas contraindre le montage inutilement.



CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE...



Ne pas tourner le tronc lorsque le bassin est fixe. Pas de position « assis-profond » avec un angle entre la cuisse et le tronc trop fermé.

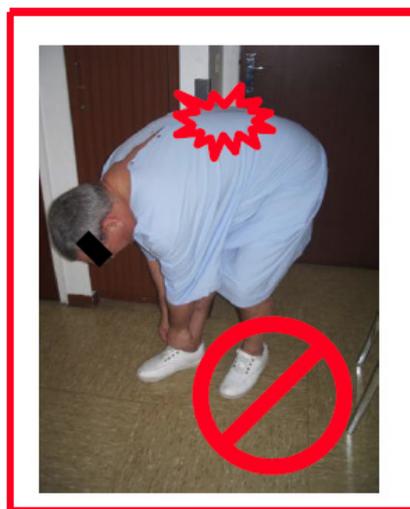
Le cas échéant, vous pouvez avoir recours à quelques adaptations simples : rehausseur de toilette, chaise haute... L'utilisation d'une aide technique n'est pas obligatoire et son indication, comme sa bonne utilisation, est à envisager avec votre rééducateur.



Dans votre vie courante :

- Variez fréquemment de positions et marchez régulièrement sans toutefois vous y obliger. Il est fondamental après une chirurgie de trouver le juste rythme de vie. Ne portez pas de chaussures à talon.
- A distance de l'intervention et après avis de votre chirurgien, quelques exercices simples de gymnastique pourront être repris. Vous pourrez muscler votre dos, votre ventre et vos jambes comme un kinésithérapeute est habilité à vous l'indiquer. L'économie du dos se fait toujours par une meilleure utilisation des membres inférieurs.

Pour vous chausser ou vous habiller : ne pas se pencher en avant.



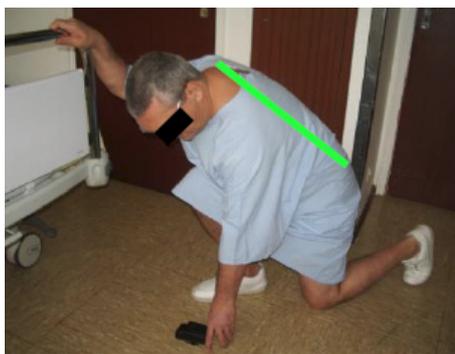
Pour ramasser un objet à terre : le dos ne doit pas être sollicité, servez-vous de vos jambes. Plusieurs méthodes sont envisageables : en posant un genou à terre, en vous fléchissant sur une hanche avec l'autre jambe décollée du sol dans le prolongement du buste...

Vous utiliserez au quotidien la méthode qui vous convient le mieux.

Si votre colonne lombaire est bloquée, ne cherchez pas à vous accroupir avant 3 mois.

Pour toutes les autres activités de la vie quotidienne, vous pourrez utiliser, selon les cas, la fente avant (attention de ne pas cambrer le dos) voire la position assise ou semi-assise. N'hésitez pas à en discuter avec votre kinésithérapeute.

La conduite automobile n'est pas recommandée tant que dure le port du corset ou pendant les 6 premières semaines, en l'absence d'arthrodèse. Toutefois, vous pouvez être passager pour de courts trajets si vous appliquez les recommandations faites précédemment dans votre installation à l'intérieur de l'habitable.



Recommandations générales :

Après avoir quitté le service de chirurgie, il est vivement recommandé de ne pas entamer un traitement antibiotique ou de modifier un traitement déjà prescrit sans en avertir votre chirurgien.

Contactez le secrétariat de votre chirurgien si apparaissent des troubles de la sensibilité ou pour signaler une inquiétude concernant la cicatrisation ou en cas d'urgence le 01 56 09 25 25