

La colonne vertébrale et ses pathologies - La hernie discale

- Introduction

Suite aux examens, une hernie discale au niveau du rachis lombaire a été diagnostiquée, il faudrait l'opérer. Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention. Le médecin vous expliquera en entretien pourquoi l'opération est nécessaire et comment elle peut se dérouler.

Qu'est-ce qu'une hernie discale lombaire ?

La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée de vertèbres au milieu desquelles passe le canal rachidien. Le canal rachidien abrite la moelle épinière qui se termine à hauteur de la 2e vertèbre lombaire et qui est le prolongement du cerveau. Elle est composée de milliards de neurones qui commandent entre autres les muscles du corps. Au-delà, elle se prolonge uniquement par un ensemble de fibres nerveuses appelées queue-de-cheval. Celles-ci quittent le canal rachidien sous forme de racines nerveuses qui donneront ensuite les nerfs du corps, par des ouvertures, les trous de conjugaison, situées à hauteur des disques intervertébraux.

Les disques intervertébraux relient les corps vertébraux, assurent la mobilité de la colonne et amortissent les pressions et les chocs. Chacun est constitué d'un anneau fibreux périphérique (annulus) renfermant un noyau central gélatineux (nucléus). La dégénérescence ("vieillesse") discale débute, après une phase de déshydratation asymptomatique, par des déchirures de l'anneau fibreux.

Le noyau peut alors migrer dans l'épaisseur de l'anneau et entraîner des douleurs lombaires aiguës ou chroniques. S'il se déplace encore plus au travers de l'anneau, le noyau peut faire saillie à la face postérieure du disque en formant alors une HERNIE DISCALE. Cette hernie peut migrer dans le canal vertébral et même s'exclure en sortant du disque.

Cette hernie discale peut venir comprimer ou « coincer » une ou plusieurs racines nerveuses situées à proximité du disque.

Elle est la cause des symptômes : sciatique lorsque la douleur est en arrière de la cuisse, cruralgie lorsque la douleur est en avant de la cuisse. Elle comporte de manière variable des douleurs dans les membres inférieurs, des sensations de fourmillements ou de picotements (paresthésies), des sensations de perturbation de la sensibilité (dysesthésies) pouvant aller jusqu'à une perte complète de la sensibilité (anesthésie), une perte de force musculaire ou paralysie partielle ou complète ou des troubles sphinctériens. Exercée en permanence, la pression de la hernie discale peut entraîner des lésions irréversibles.

- Évolution et traitements possibles

L'évolution est le plus souvent favorable (80 à 90 %) après un traitement médical, conservateur. Le traitement médical comporte un repos relatif, des anti-inflammatoires (voire des corticoïdes), des décontractants musculaires et des antalgiques. Ce traitement médical peut demander 6 à 8 semaines pour être efficace. En cas d'inefficacité de ce traitement, des infiltrations lombaires de corticoïdes peuvent être proposées.

Une intervention chirurgicale sera envisagée dans les situations suivantes :

- Si le traitement médical est insuffisant à soulager la douleur

- En cas de situation d'urgence avec risque de lésion neurologique irréversible : -
Déficit moteur (sciatique paralysante),
 - Douleur intolérable non soulagée par les morphiniques (sciatique hyperalgique),
 - Syndrome de la queue-de-cheval (troubles périnéaux, dysfonctionnements sphinctériens en particulier urinaires)

La concordance radio clinique est essentielle, aussi une hernie discale découverte de manière fortuite sur le scanner ou l'IRM et ne donnant aucun symptôme ne doit pas conduire à une intervention.

L'élément principal conduisant à proposer une intervention chirurgicale, en dehors des 3 situations d'urgence décrites, est donc l'intolérance du patient à la douleur.

- Objectifs de la chirurgie et bénéfices escomptés

Le but de l'intervention est de libérer la racine nerveuse comprimée par la hernie discale, et donc de faire disparaître la douleur de sciatique. Cet objectif est atteint dans environ 90 % des cas.

Il n'est jamais possible d'assurer que les troubles sensitifs (sensations de fourmillements, diminution de la sensibilité, zone d'hypersensibilité) ou moteurs (paralysie plus ou moins importante d'un groupe musculaire du membre inférieur) disparaîtront complètement : la racine nerveuse peut avoir été comprimée trop longtemps et avoir été abîmée.

L'intervention ne remet pas le disque à neuf. Les lésions de dégénérescence discale persisteront et une partie plus ou moins importante des douleurs lombaires (douleurs du bas du dos) persistera après l'opération.

De même, une récurrence de la hernie dans les mois ou années suivant la chirurgie peut survenir.

L'intervention dite de « hernie discale » concerne donc essentiellement la douleur du membre inférieur, c'est une intervention de l'instant présent.

Aucune intervention ne remet l'organisme à neuf. Aucun résultat n'est jamais garanti à 100 %.

- Déroulement de l'intervention

Le but de l'intervention est de libérer la racine nerveuse de la compression secondaire à la hernie.

Elle se déroule le plus souvent sous anesthésie générale.

Le chirurgien vérifie le niveau opératoire par un examen radiographique sur table.

Une « check-list », obligatoire depuis le 1er janvier 2010 permet de recontrôler tous les éléments importants du dossier (comme le côté de la hernie), de vérifier le matériel. Le chirurgien accède au canal rachidien entre 2 vertèbres par une courte incision (3 à 5 cm), puis au disque intervertébral en réclinant latéralement la ou les racines. Il retire la hernie discale et vide le centre du disque, afin d'éviter qu'un fragment libre ne se mobilise et entraîne une récurrence de la compression dans les suites immédiates de la chirurgie.

Le disque n'est jamais entièrement enlevé.

Dans d'autres cas, l'abord peut être plus large et la libération de racine peut exiger un geste complémentaire. Il est parfois nécessaire d'enlever une partie de la vertèbre

(foraminotomie, arthrectomie, laminectomie) pour libérer suffisamment la ou les racines comprimées.

Une transfusion n'est habituellement pas nécessaire. Une intervention chirurgicale laisse toujours une cicatrice, superficielle et profonde.

- Les suites de l'intervention

Les suites sont peu douloureuses, en général bien contrôlées par le traitement analgésique.

La douleur de sciatique disparaît soit dès le réveil, soit après quelques jours ; les troubles de la sensibilité et les troubles moteurs sont beaucoup plus lents à disparaître, souvent plusieurs mois seront nécessaires. Une récupération complète des troubles sensitifs ou moteurs n'est jamais certaine.

Le lever est possible et recommandé dès le soir ou le lendemain de l'opération. Si un drain a été mis en place, il sera retiré le lendemain ou le surlendemain de l'intervention. Le retour à domicile est possible 1 à 4 jours après l'intervention. La marche est recommandée. La voiture est déconseillée pendant 3 semaines. Il n'est pas nécessaire de porter un corset.

La rééducation peut être intéressante, mais n'est pas systématique, elle sera en général prescrite au décours de la première consultation soit 1 mois après la chirurgie. La reprise des activités professionnelles est possible en moyenne 1 à 2 mois après l'opération.

- Quels sont les éventuels risques encourus ?

La réalisation d'une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit peut entraîner la survenue d'une complication. Elles sont rares, voire exceptionnelles, dans ce type de chirurgie qui est une intervention couramment pratiquée. Les risques liés à l'anesthésie vous seront présentés par l'anesthésiste durant la consultation préopératoire. Il est difficile de citer toutes les complications d'autant que certaines peuvent être inconnues à ce jour.

Les risques inhérents à toute intervention chirurgicale :

- Le décès par problème d'anesthésie ou de saignement très important dû par exemple à une plaie des gros vaisseaux situés en avant de la colonne (très exceptionnel).
- La survenue d'une phlébite compliquée d'une embolie pulmonaire est possible. En cas de terrain favorisant, un traitement anti coagulant est donné.
- En fonction de votre état général certaines maladies (cœur, poumons, diabète, etc...) peuvent s'aggraver et obliger à modifier les traitements que vous prenez habituellement.
- En cas de transfusion (exceptionnelle) le risque de transmission d'une infection virale ou bactérienne est toujours possible.

Les risques liés à une chirurgie pour hernie discale lombaire :

- Une paralysie complète (exceptionnelle) ou partielle (très rare) des membres inférieurs, de la vessie ou du rectum généralement due à un hématome, peut survenir après l'opération. Elle impose une nouvelle intervention en urgence. La récupération est fréquente, mais pas automatique.

- Une brèche dans l'enveloppe qui entoure les nerfs (méninges) est possible et peut provoquer une fuite du liquide contenu dans celles-ci (liquide céphalo-rachidien). Des maux de tête passagers peuvent survenir. Parfois une poche peut se former sous la peau et une intervention pour l'enlever peut être réalisée. Une fuite de ce liquide vers l'extérieur est exceptionnelle, mais grave. Le risque de survenue d'une brèche est plus important en cas de ré intervention. Elle oblige souvent après l'opération à rester allongé en permanence quelques jours.

- L'infection. Il s'agit le plus souvent d'une infection du site de l'opération. Elle nécessite le plus souvent une nouvelle intervention et la prise d'antibiotiques. Une infection du disque intervertébral est également possible (spondylodiscite), son traitement fait également appel à une antibiothérapie. Les précautions d'asepsie et l'antibioprophylaxie peropératoire (injection d'antibiotique juste avant le geste chirurgical) ont permis de fortement diminuer le taux de survenue de ces complications.

- Suite à la position sur la table d'opération une compression d'un nerf au niveau des membres supérieurs (coude) ou des yeux (risque de cécité) peut survenir, mais est exceptionnelle. La plupart de ces complications guérissent sans séquelle, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser subsister des séquelles graves et définitives.

Ce document ne peut évidemment être complet ; il vous appartiendra au cours de l'entretien avec le médecin de poser toutes les questions qui peuvent vous préoccuper.