

Intervention pour spondylolisthésis (voie postérieure)

Un spondylolisthésis doit-il toujours être opéré ? Non !

En effet : - des patients peuvent être porteurs de spondylolisthésis, et ne souffrir d'aucune douleur.

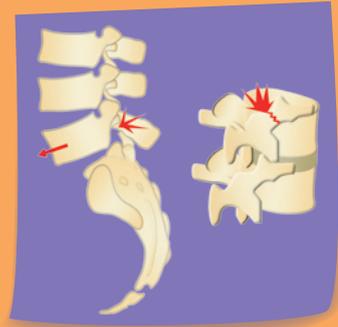
- des patients peuvent souffrir de douleurs en rapport avec un spondylolisthésis, et guérir avec un traitement non chirurgical.

Quand opérer un spondylolisthésis ?

Une intervention pour un spondylolisthésis apparaît souhaitable en cas de douleurs des membres inférieurs (sciaticque ou cruralgie), et/ou de douleurs du dos (lombalgies), résistant à un traitement médical bien conduit, ayant comporté rééducation, corset, anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes si possible, antalgiques, myorelaxants, et éventuellement infiltrations.

L'élément déterminant pour décider d'une intervention est l'intolérance du patient à ses douleurs et à sa gêne fonctionnelle.

Un déplacement très important, ou une aggravation progressive du déplacement, notamment chez l'enfant, peut conduire à proposer une intervention.



Y a-t-il urgence à opérer ?

Non en règle générale, en dehors de 3 situations exceptionnelles :

- Sciaticque paralysante (paralysie du pied)
- Syndrome de la queue de cheval (troubles périnéaux ou sphinctériens, difficultés pour uriner)
- Sciaticque hyperalgique (restant très douloureuse malgré le traitement)

Tous les spondylolisthésis sont-ils opérables ?

Oui. Techniquement, tout spondylolisthésis peut être opéré, mais une intervention n'est pas souhaitable quand il n'est pas certain que le spondylolisthésis soit responsable des douleurs, ou qu'une amélioration par l'intervention semble peu probable.

BUTS ET BÉNÉFICES ESCOMPTÉS

Le but est d'obtenir un soulagement de la sciaticque, et des douleurs des membres inférieurs. Les études récentes montrent que ces interventions permettent un tel bon résultat dans environ 80% des cas. Le résultat est souvent moins favorable sur les lombalgies (douleurs du dos), pour lesquelles il ne faut pas espérer un soulagement total.

Ce sont souvent les douleurs du dos qui retardent la reprise du travail, surtout dans le cas d'une profession très physique.

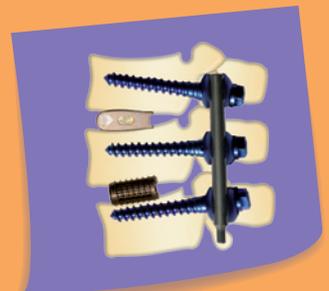
L'INTERVENTION

Si le patient souffre de douleurs dans les jambes, le but est de libérer (« décoincer ») le nerf.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Par une incision verticale, au bas du dos, le canal au milieu des vertèbres où passent les racines est élargi (l'os est par endroits « grignoté »), pour libérer le sac et les racines nerveuses qu'il contient. Cette libération peut être plus ou moins étendue (recalibrage, laminotomie, laminectomie, lamino-arthrectomie).

Il est souvent nécessaire d'y ajouter une arthrodèse (soudure de deux ou plusieurs vertèbres entre elles), pour éviter que leurs mouvements exagérés soient aussi une cause de compression neurologique. Pour réaliser l'arthrodèse, on place une greffe osseuse entre les vertèbres en cause, (sur les côtés des vertèbres, ou dans le disque), qui va, comme pour la consolidation d'une fracture, former un pont osseux entre les vertèbres. L'os utilisé pour la greffe peut être prélevé localement, ou sur la partie postérieure des crêtes iliaques (bassin).

Pour immobiliser les vertèbres en attendant la consolidation osseuse, il est souvent souhaitable de mettre en place du matériel métallique (en acier ou en alliage de titane), vissé dans les vertèbres, appelé matériel



d'ostéosynthèse ou instrumentation.

Lorsqu'une greffe est mise en place dans le disque, entre les 2 vertèbres, l'utilisation d'un implant (cage) peut être nécessaire.

Si la vertèbre est très déplacée, l'instrumentation peut permettre de corriger le déplacement (réduction). La plaie est refermée en laissant en place un drainage (tuyau en plastique relié à un bocal aspirant le sang), qui sera enlevé 1 à 3 jours après l'intervention. La réalisation d'une deuxième intervention, par voie antérieure, pour compléter la greffe, peut être souhaitable.

LES SUITES DE L'INTERVENTION

Avec l'aide du kinésithérapeute, le lever est possible dès le lendemain ou le surlendemain. La sortie est généralement possible 6 à 10 jours après l'intervention, lorsque sont récupérées la marche, la position debout plus de 15 à 20 minutes, la montée et la descente d'un escalier. Le chirurgien est le plus à même de donner des précisions sur les délais nécessaires avant de pouvoir s'asseoir et entreprendre des trajets automobiles. Un arrêt de travail de 3 mois minimum est à prévoir. Le port d'un corset pendant quelques semaines ou quelques mois peut s'imposer, notamment s'il n'a pas été réalisé d'instrumentation.

Cette intervention fait-elle mal ? Peu. L'intervention ne peut se réaliser sans aucune douleur, mais celles-ci sont en général bien maîtrisées par les traitements analgésiques administrés après l'intervention. Le médecin anesthésiste est le plus à même de donner les informations utiles à ce propos.

RISQUES ENCOURUS

Les risques propres à toute intervention chirurgicale

Hématome, infection peuvent rendre nécessaire une réintervention, problèmes anesthésiques (dont vous parlera le médecin anesthésiste qui doit être impérativement consulté avant l'intervention. Ces risques sont peu importants, bien contrôlés, mais ils ne sont pas nuls.

Les risques propres à cette intervention chirurgicale sur le rachis

Persistance de la sciatique : survenant si la compression a été trop longue ou trop sévère, entraînant une lésion de la racine, d'évolution variable, mais pouvant nécessiter la prise prolongée d'antalgiques. La cicatrice se formant autour des racines (fibrose) peut également parfois être à l'origine de douleurs séquelleaires.

Rupture ou démontage du matériel d'ostéosynthèse, absence de consolidation de la greffe, peuvent rendre nécessaire une réintervention.

Plaies des méninges (dure-mère), le plus souvent sans conséquence car suturée, mais pouvant entraîner des écoulements persistants de liquide, ou des kystes des méninges, peuvent conduire à un traitement médical ou à une réintervention.

Complications digestives : retard à la réapparition des selles, exceptionnellement occlusion intestinale.

Les complications exceptionnelles

Une complication neurologique peut survenir : même s'il est exceptionnel, le risque de paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs, ou de problèmes pour uriner, existe. Les troubles peuvent survenir au décours immédiat de l'intervention, ou dans les jours qui suivent ; un hématome peut se développer et comprimer les nerfs, pouvant obliger à réopérer pour l'évacuer. Une lésion d'une racine nerveuse lors de l'implantation du matériel peut également être à l'origine de paralysie.

Une hémorragie potentiellement grave peut survenir par plaie des vaisseaux situés dans l'abdomen devant le disque, une méningite (infection des méninges et du liquide céphalo-rachidien), et toutes les complications qui n'ont pas été encore décrites...

Certains antécédents, certaines particularités, affections ou maladies (malformations, diabète, obésité, artérite ou autres affections vasculaires, alcoolisme, tabagisme, toxicomanies, comportements addictifs, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, maladies du foie, maladies sanguines, tumeurs, séquelles d'interventions ou de traumatismes, etc.) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications particulières, parfois graves, à l'extrême mortelles.

Cette fiche est conçue pour fournir un support, et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. L'énumération des risques encourus ne peut pas être exhaustive. Une information orale peut, seule, être adaptée au patient et à sa demande ; elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.