

Hernie discale lombaire

Information destinée aux patients

INTRODUCTION	3
ANATOMIE DU RACHIS LOMBAIRE	4
QU'EST-CE QU'UNE HERNIE DISCALE ET QUAND FAUT-IL OPÉRER ?	7
PLANNING DE L'HOSPITALISATION	9
VOTRE ADMISSION DANS LE SERVICE	10
DÉROULEMENT DE L'OPÉRATION	12
APRÈS L'OPÉRATION	14
LES COMPLICATIONS POSSIBLES	15
QUAND DEVEZ-VOUS REPRENDRE CONTACT ?	18
CONTACTS UTILES	20

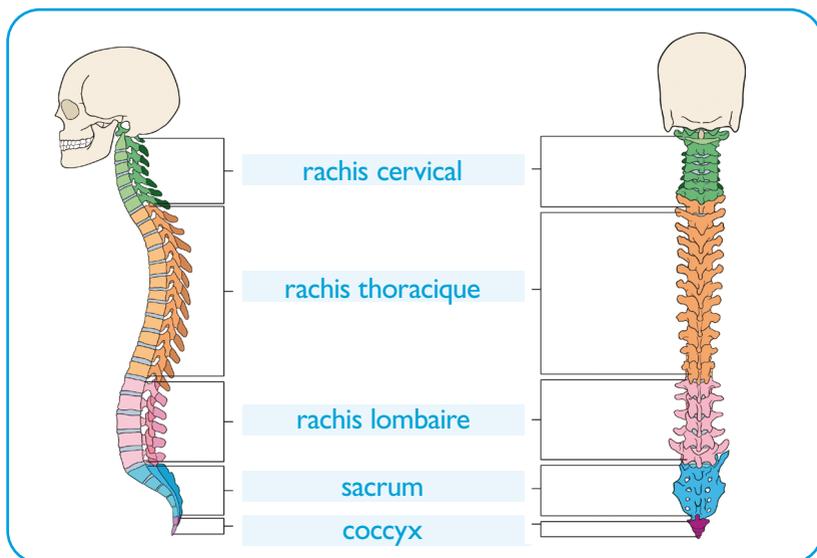
Vous allez subir sous peu, dans la région lombarde, un traitement chirurgical consistant à enlever une hernie discale lombarde. Dans cette brochure, vous trouverez des informations détaillées sur la nature de l'affection pour laquelle cette opération est réalisée et sur l'opération elle-même. Nous donnons également un aperçu du déroulement de votre hospitalisation et des points à surveiller après votre sortie de l'hôpital. Enfin, nous vous communiquons quelques données de contact qui pourront vous être utiles après l'hôpital.

Les principaux points à surveiller dans les jours et semaines qui suivent l'opération sont repris dans la brochure « Chirurgie du rachis lombarde : discipline posturale et motrice » que vous recevez lors de votre admission. N'hésitez pas à la demander.

Si vous avez encore des questions après avoir lu les brochures, n'hésitez pas à vous adresser à votre médecin traitant, au médecin de salle ou à un membre du personnel soignant. Une personne bien informée se sent plus à l'aise, moins stressée, ce qui favorise aussi la guérison.

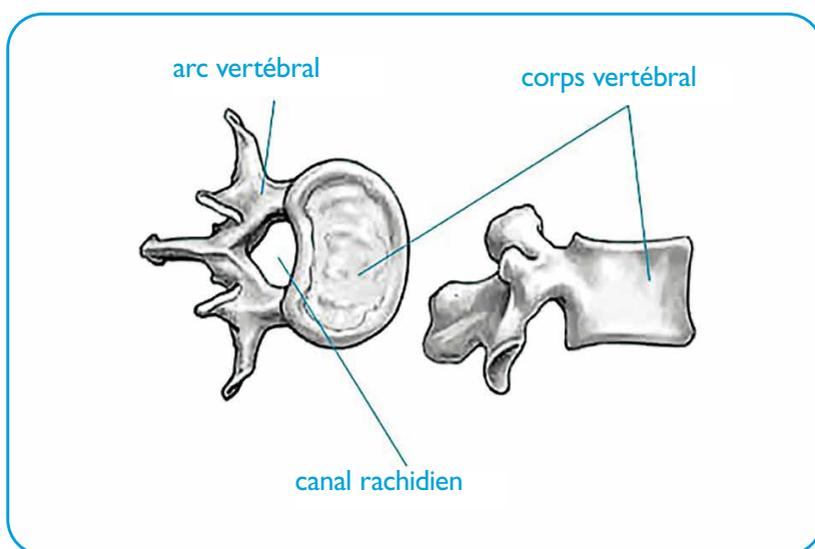
ANATOMIE DU RACHIS LOMBAIRE

La colonne vertébrale (ou rachis) est composée d'une série de vertèbres. Il y a ainsi, de haut en bas, sept vertèbres cervicales, douze vertèbres thoraciques et cinq vertèbres lombaires. Sous les vertèbres lombaires se trouve le sacrum, et en dessous de celui-ci, le coccyx (voir la figure ci-dessous). Le rachis lombaire est ce qu'on appelle communément le bas du dos.



La colonne vertébrale en vue latérale et arrière

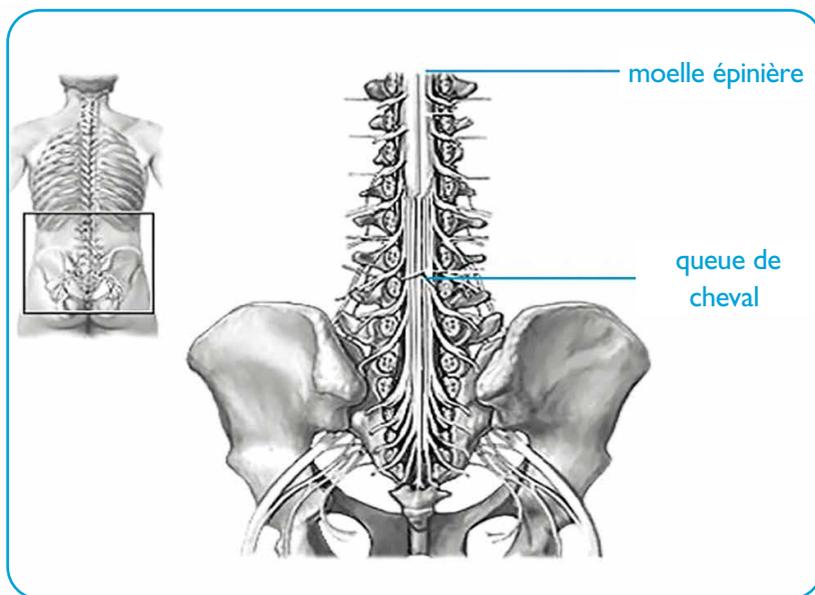
Une **vertèbre lombaire** est constituée d'un corps vertébral et d'un arc vertébral. L'arc vertébral comporte deux apophyses transverses, quatre surfaces articulaires qui sont en contact avec les vertèbres adjacentes et une apophyse épineuse. L'apophyse épineuse est palpable dans le dos à travers la peau. L'ensemble formé par l'arc vertébral et le corps vertébral entoure une ouverture circulaire (voir la figure ci-dessous). Lorsque toutes les vertèbres sont empilées les unes sur les autres, cela forme ainsi un canal : le **canal rachidien**.



Vertèbre lombaire vue du dessus (à gauche) et de côté (à droite)

Au niveau du rachis lombaire inférieur, le canal rachidien contient ce qu'on appelle la **queue de cheval**, constituée de racines nerveuses qui partent de la moelle épinière et s'étirent vers le haut.

Au niveau de chaque vertèbre, sous l'arc vertébral, une racine nerveuse émerge des deux côtés (voir la figure ci-dessous). Entre les vertèbres se trouvent des **disques intervertébraux** qui font office d'amortisseur et d'articulation. Les disques intervertébraux sont constitués d'une enveloppe rigide de cartilage fibreux (annulus fibrosus) et d'un cœur mou, pulpeux (nucleus pulposus).



La queue de cheval et les nerfs émergents

QU'EST-CE QU'UNE HERNIE DISCALE ET QUAND FAUT-IL OPÉRER ?

Étant donné que l'homme marche en position debout, le poids du tronc repose entièrement sur les vertèbres lombaires inférieures et sur la jonction entre le rachis lombaire et le sacrum. La charge mécanique sur les disques intervertébraux dans le bas du dos est donc très importante. Par conséquent, les disques intervertébraux lombaires inférieurs sont le plus sujets à l'usure. En d'autres termes, tout le monde subit à un moment donné une certaine forme de dégénérescence ou de dégradation dans cette partie du dos. Cette usure, qui est un processus normal lié à l'âge, provoque parfois, à l'arrière du disque intervertébral, une fissure dans l'enveloppe du cartilage (annulus fibrosus). En conséquence, la matière pulpeuse qui constitue le cœur (nucleus pulposus) forme saillie. Ce cœur pulpeux protubérant est ce qu'on appelle une hernie discale.

Du fait qu'une hernie discale se produit souvent là où apparaît une racine nerveuse émergente, cela provoque dans certains cas une pression sur la racine nerveuse en question. Ce phénomène, appelé compression radiculaire, peut entraîner une douleur nerveuse irradiante (sciatique). Il s'agit d'une douleur aiguë qui irradie du dos vers la jambe du côté de l'hernie discale. Cela s'accompagne souvent de maux de dos, et on parle alors de lombosciatique.

Autres symptômes possibles de compression radiculaire :

- X engourdissement ou sensation spongieuse dans une zone déterminée de la jambe
- X perte de force (p. ex. au niveau des muscles qui permettent de lever le pied)
- X problèmes pour uriner ou aller à la selle dans les cas graves

Une sérieuse perte de force musculaire et des problèmes pour uriner ou aller à la selle sont des signaux d'alarme qui inciteront généralement à opérer sans attendre. Heureusement, ces symptômes ne se manifestent que chez une petite minorité de patients.

S'il n'y a pas de symptômes alarmants, et s'il s'agit donc essentiellement d'un problème de douleur, les symptômes disparaîtront en principe d'eux-mêmes après quelques semaines. En quelque sorte, la nature résout elle-même le problème. Le mécanisme sous-jacent n'est pas encore entièrement connu. Chez certains patients dont la sciatique a disparu d'elle-même, un nouveau scan montre que la hernie discale a un peu diminué de taille. Mais souvent, la hernie discale est restée inchangée. C'est pourquoi on présume que la phase de douleur aiguë se caractérise aussi par un processus d'inflammation qui, par la suite, s'atténue. Dans tous les cas, les médecins proposeront d'abord une solution non chirurgicale. Cela peut consister, par exemple, à adapter (temporairement) les activités quotidiennes, à prendre des antidouleurs ou à faire de la kiné. Si la douleur est trop forte, on peut éventuellement procéder à une infiltration épidurale, par laquelle on injecte un anesthésique et de la cortisone à proximité de la racine nerveuse. Si la douleur n'a pas diminué après plusieurs semaines, une intervention chirurgicale sera envisagée.

Des études montrent qu'à plus long terme (un ou deux ans après l'apparition des symptômes), les patients avec une hernie discale qui n'a pas été opérée ressentent le même niveau de réduction de la douleur que ceux qui ont été opérés. Toutefois, une partie des patients qui, dans un premier temps, n'ont pas été opérés, finissent malgré tout par se faire opérer en raison de douleurs invalidantes persistantes ou d'une intolérance aux médicaments. En fin de compte, c'est à vous qu'appartient, en accord avec votre chirurgien, la décision finale quant à une intervention chirurgicale.

PLANNING DE L'HOSPITALISATION

S'il est décidé de traiter la hernie discale lombaire par voie chirurgicale, vous serez envoyé(e) à la consultation d'anesthésie pour un **contrôle préopératoire**. En guise de préparation à la consultation, vous remplissez un questionnaire. Celui-ci porte notamment sur les éventuelles allergies et autres affections, sur votre mode de vie et sur les opérations antérieures. Il est utile d'apporter une liste des médicaments que vous prenez ainsi que des examens sanguins, cardiaques ou pulmonaires récents afin que l'anesthésiste puisse les examiner. Enfin, vous pouvez apporter votre carte de groupe sanguin si vous en avez une. Pour que l'hospitalisation se déroule au mieux, il est important que vous soyez passé(e) au préalable à la consultation d'anesthésie.

Pendant la consultation, le médecin passera en revue avec vous le questionnaire. Votre état de santé sera ensuite contrôlé et nous examinerons avec vous le type d'anesthésie et d'analgésique, ainsi que les risques éventuels. Le médecin déterminera aussi avec vous quels médicaments vous pouvez encore prendre avant l'opération.

Si nécessaire, des examens supplémentaires seront pratiqués. S'ils ne peuvent pas avoir lieu immédiatement, un rendez-vous sera fixé à la consultation.

Si l'anesthésiste donne son accord, la date de l'hospitalisation peut être confirmée. Cela se fait habituellement par courrier.

VOTRE ADMISSION DANS LE SERVICE

Vous serez en principe admis(e) la veille de l'intervention dans l'après-midi ou le jour même au matin.

L'espace de rangement est assez limité dans le service. C'est pourquoi nous vous demandons d'apporter uniquement les affaires nécessaires à l'hôpital. Il vaut mieux laisser les objets de valeur à la maison.

Il est conseillé d'apporter :

- ✓ Tous les médicaments que vous prenez actuellement dans l'emballage d'origine. Ces médicaments sont à remettre au personnel infirmier, qui les rangera.
- ✓ Des vêtements dans lesquels vous pouvez bouger facilement et librement pendant les exercices dans le service et une tenue pour rentrer à la maison.
- ✓ Pyjama ou robe de nuit et robe de chambre
- ✓ Pantoufles fermées ou chaussures de sport solides
- ✓ Nécessaire de toilette, serviettes et gants de toilette
- ✓ Rasoir
- ✓ Livres et/ou magazines
- ✓ Monnaie (p. ex. pour acheter une revue)
- ✓ Chargeur de GSM
- ✓ Attestation d'assurance

Préparation à l'opération :

- ✓ Les poils du dos sont rasés par l'infirmière du service ou dans le bloc opératoire. Votre peau doit être la plus lisse possible de manière à pouvoir la désinfecter soigneusement avant l'opération. Évitez donc de raser vous-même ces parties du corps.
- ✓ Avant l'opération, prenez une douche avec un savon ordinaire. L'infirmier(ère) pourra vous aider au besoin.
- ✓ Jusqu'à deux heures avant l'opération, vous pouvez prendre les boissons suivantes :
 - Eau
 - Jus de fruit sans pulpe
 - Boissons isotoniques
 - Boissons gazeuses
 - Thé ou café noir
- ✓ À partir de six heures avant l'intervention, vous ne pouvez plus prendre d'aliments solides ou d'autres boissons que celles énumérées ci-dessus. Demandez à l'infirmière ou au médecin du service à quel moment commence normalement l'opération, afin d'éviter un report.

Juste avant l'opération :

- ✓ Enlevez les bijoux, piercings, lunettes, lentilles de contact, maquillage, prothèses dentaires, appareils auditifs, ainsi que la perruque éventuelle et rangez le tout dans l'armoire de votre chambre. Remettez la clé de l'armoire à l'infirmière.
- ✓ Vous recevez une chemise d'opération.
- ✓ L'infirmière s'assure que vous avez un bracelet d'identification au poignet.
- ✓ L'infirmière vous indique quels médicaments vous pouvez encore prendre avant l'opération (avec une petite gorgée d'eau).
- ✓ Vous êtes emmené(e) à la salle d'opération.

DÉROULEMENT DE L'OPÉRATION

Le **but** de l'opération consiste à éliminer la hernie discale de telle sorte que la racine nerveuse soit à nouveau dégagée.

Lorsque vous êtes dans la salle d'opération, l'anesthésiste vous met sous anesthésie générale.

Lors d'une opération pour une hernie discale, vous recevez toujours des antibiotiques préventifs.

Une fois sous anesthésie, on vous retourne et on vous installe sur l'appui-genou. Pendant l'opération, vous reposez ainsi à la fois sur la cage thoracique et sur les genoux, ce qui permet au chirurgien d'opérer dans le bas du dos. Ensuite, le chirurgien recherche, à l'aide de la radioscopie, le niveau correct du disque intervertébral et fait un marquage sur la peau du dos. Le dos est alors désinfecté et recouvert de manière stérile. Sur la ligne médiane entre l'arc vertébral supérieur et inférieur, le chirurgien fait une incision dans la peau pour avoir accès au canal rachidien. Sous agrandissement optique, le chirurgien ouvre le canal rachidien sur une petite portion, ce qui lui permet ensuite d'identifier la racine nerveuse et de la tirer un peu vers le centre. La hernie discale est ainsi exposée. La hernie est alors enlevée avec des pincettes fines. Dans une microdiscectomie classique telle que décrite ci-dessus, il n'est pas nécessaire de mettre quelque chose à la place du disque intervertébral qui a été enlevé. Il y a suffisamment d'éléments stabilisateurs présents dans la colonne vertébrale.

Une fois que toutes les parties de la hernie ont été enlevées et que la racine nerveuse est entièrement dégagée, la cicatrice est suturée en plusieurs couches. Un drain est parfois mis en place pour la plaie.



Il s'agit d'un fin tuyau qui est relié à un récipient (Redon), lequel peut alors absorber l'excès de sang ou de liquide de la plaie à l'endroit de l'opération une fois la peau refermée.

Après l'opération, l'anesthésiste vous réveille et vous allez en salle de réveil (service de soins post-anesthésie ou 'PAZA').

Jusqu'à 90% des patients jugent que la microdiscectomie donne un très bon résultat. Cela signifie que la douleur irradiante dans la jambe disparaît après l'opération. Souvent, la sciatique disparaît directement après l'opération ; dans certains cas, la douleur ne disparaît qu'au cours des premiers jours ou des premières semaines.

APRÈS L'OPÉRATION

Après l'opération, vous passez quelques heures dans la salle de réveil (service de soins post-anesthésie ou 'PAZA'). Ensuite, vous êtes ramené(e) dans le département.

Le traitement de la douleur est très important pour votre rétablissement. C'est pourquoi nous vous demandons, pendant votre hospitalisation, de signaler si vous avez des douleurs ou si la douleur persiste malgré les antidouleurs administrés. Une bonne gestion de la douleur réduit le risque de complications et favorise votre rétablissement.

Dans la plupart des cas, vous pouvez déjà vous redresser directement après l'opération, et vous pouvez assez vite commencer à déambuler. La première fois, cela se passe sous la supervision d'une infirmière ou d'un kinésithérapeute, qui vous donnera aussi des instructions sur la meilleure façon de bouger pendant les premières semaines après l'opération.

Si un drain a été placé, il sera normalement enlevé un ou deux jours après l'opération sur avis du chirurgien.

Habituellement, on donne une injection de Clexane® 40 mg une fois par jour après l'opération. Ce médicament offre une protection contre la thrombose, c.-à-d. la formation de caillots de sang dans la jambe.

Dans une opération sans complications, vous pourrez en principe quitter l'hôpital le premier ou le deuxième jour qui suit l'opération. Cela peut bien sûr varier en fonction de votre rétablissement après l'intervention. En règle générale, la douleur dans la jambe diminue assez vite après l'opération. Par contre, l'effet de l'opération sur les maux de dos est difficile à prédire. Les maux de dos peuvent diminuer après l'opération, mais ils peuvent aussi rester inchangés ou, dans de rares cas, augmenter.

À votre sortie de l'hôpital, le médecin de salle vous remet :

- ✧ Une lettre pour le médecin généraliste avec un bref compte-rendu préliminaire de l'opération et de votre séjour à l'hôpital.
- ✧ Une lettre pour vous avec les médicaments éventuels que vous allez devoir prendre (par exemple antidouleurs). Si vous devez prendre encore d'autres médicaments, nous vous en donnerons une petite quantité. Ainsi vous ne devrez pas aller à la pharmacie le jour de votre sortie. Si nécessaire, nous vous remettons une prescription pour la pharmacie.
- ✧ Une lettre qui mentionne la consultation de contrôle chez votre chirurgien traitant. Ce contrôle intervient en général quatre à six semaines après la sortie de l'hôpital. À la suite de ce contrôle, une consultation chez le médecin du service de médecine physique et de rééducation peut être prévu afin d'établir le programme de rééducation approprié après l'opération. En fonction d'une série de variables, une période de quatre à six semaines d'incapacité de travail est prescrite après l'opération.
- ✧ La brochure « Chirurgie du rachis lombaire : discipline posturale et motrice » (« Lumbale wervelkolomchirurgie : houdings- en bewegingsdiscipline »)

LES COMPLICATIONS POSSIBLES

Une hernie discale est souvent traitée par voie chirurgicale et l'opération se déroule dans la plupart des cas sans complications. Voici un aperçu des principaux désagréments et complications qui pourraient néanmoins se présenter. Une énumération exhaustive de toutes les complications (parfois rares) possibles sort toutefois du cadre cette brochure.

ATTEINTE D'UN NERF

L'opération étant réalisée au niveau des nerfs dans la colonne vertébrale, certains patients craignent d'être paralysés. Le risque d'endommager la racine nerveuse est cependant très faible (< 1%). Si cela se produit, la conséquence sera une perte de force dans un muscle bien déterminé.

INFECTION

Une infection dans la zone opérée, en particulier dans le disque intervertébral opéré, est également très rare (< 1%). S'il se produit malgré tout une infection, des antibiotiques devront être donnés pendant une période prolongée. Il est rarement nécessaire de réopérer. À titre préventif, on prévoit une prise unique d'antibiotiques lors de chaque opération pour une hernie discale.

HÉMORRAGIE POSTOPÉRATOIRE

Une hémorragie postopératoire dans la zone opérée, qui nécessite d'urgence une nouvelle opération, est très rare.

FISSURE DANS LES MEMBRANES

Il arrive qu'une fissure apparaisse dans les membranes entourant la 'queue de cheval' ou la racine nerveuse, si bien que du liquide cérébrospinal provenant du dos peut s'écouler dans la zone opérée. Cette fuite est immédiatement colmatée pendant l'opération. Pour éviter une nouvelle fuite après l'opération, votre chirurgien vous demandera sans doute de rester allongé(e) au moins 24 heures. Le risque d'une telle fissure dans les membranes est inférieur à 5% lors d'une première opération pour une hernie discale. En raison de la formation de cicatrices et d'adhérences, ce risque est plus élevé lors d'une deuxième ou troisième opération pour une hernie discale au même niveau vertébral. Dans de rares cas, il se produit tout de même une perte de liquide cérébrospinal à travers la plaie dans les jours qui suivent l'opération et une nouvelle opération s'impose pour colmater à nouveau la fuite.

HERNIE RÉCIDIVANTE

Même si la hernie a été entièrement éliminée, il subsiste un risque de réapparition d'une hernie au même endroit. On parle alors d'une hernie récidivante. Cela se produit chez 5 à 10% des patients. Une telle hernie récidivante peut déjà se manifester quelques semaines après l'opération, mais chez certains patients, cela ne se produit que de nombreuses années après l'opération. Dans le cas d'une hernie récidivante, les mêmes principes de traitement s'appliquent que pour une hernie primaire. Autrement dit, en cas de symptômes d'alarme ou de douleur incommode persistante, une nouvelle opération peut être envisagée. Si les récurrences se succèdent, on procède dans certains cas à une opération plus étendue qui consiste à enlever entièrement le disque intervertébral et à fixer entre elles les vertèbres correspondantes. On parle alors d'une opération de fusion lombaire.

QUAND DEVEZ-VOUS REPRENDRE CONTACT ?

Comme nous l'avons déjà indiqué dans cette brochure, les complications graves sont rares.

Dans les cas suivants, toutefois, il convient de reprendre contact avec le chirurgien :

- ✓ Apparition ou aggravation de déficits neurologiques tels que
 - perte de force dans les jambes
 - perte de sensation ou sensation anormale dans les jambes ou dans la région du pubis
 - problèmes lors de la marche, sensation d'instabilité
 - problèmes pour uriner ou aller à la selle
- ✓ Douleurs croissantes dans le dos ou dans la jambe
- ✓ Problème au niveau de la plaie (p. ex. écoulement de liquide, perte de sang, gonflement, rougeur, ouverture des bords de la plaie)
- ✓ Fièvre pendant les trois premières semaines après l'opération

Bien entendu, vous pouvez toujours recontacter le personnel soignant si vous vous inquiétez pour une autre raison.

Même la nuit et le week-end, il y a un service de garde à votre disposition en cas de problème de colonne vertébrale. Et pour tout problème urgent, vous pouvez recourir à notre service des urgences. Dans tous les cas, le mieux est de contacter au préalable votre médecin généraliste qui pourra alors, si nécessaire, vous adresser au bon service.

CONTACTS UTILES

Médecin de garde pour les problèmes de colonne vertébrale (via la centrale téléphonique)	tél. 016 33 22 11
Urgences UZ Leuven campus Gasthuisberg	tél. 016 34 39 00
Service de neurochirurgie	tél. 016 34 45 20
Service d'orthopédie	tél. 016 33 81 10
Secrétariat de neurochirurgie	tél. 016 34 42 90
Secrétariat d'orthopédie	tél. 016 33 88 27

© Janvier 2020 UZ Leuven

Ce texte et ses illustrations ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord du service Communication de l'UZ Leuven.

Conception et réalisation

Ce texte a été rédigé par les services de neurochirurgie et d'orthopédie en collaboration avec le service Communication.

Cette brochure peut également être consultée sur
www.uzleuven.be/fr/brochure/701113.

Les remarques ou suggestions concernant cette brochure peuvent être adressées à communicatie@uzleuven.be.

Éditeur responsable
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Louvain
tél. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth



Consultez votre dossier médical
sur www.mynexuzhealth.be ou

