

INTERVENTION POUR HERNIE DISCALE LOMBAIRE

Une intervention chirurgicale n'est souhaitable pour une sciatique par hernie discale que :

- si le traitement médical, mis en œuvre de manière adaptée (anti-inflammatoires, antalgiques, myorelaxants, éventuellement infiltration, corset), et pendant le temps nécessaire (4 à 8 semaines) est insuffisant à soulager la douleur ;
- s'il existe une situation relevant de l'urgence : déficit moteur (sciatique paralysante), douleur intolérable non soulagée par la morphine (sciatique hyperalgique), syndrome de la «queue de cheval» entraînant des troubles périnéaux, sphinctériens, en particulier urinaires.

Une hernie discale découverte 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, en dehors des situations d'urgence décrites ci-dessus, est l'intolérance du patient à la douleur.

LES BUTS & BÉNÉFICES ESCOMPTÉS

Le but de l'intervention est de libérer («décoincer») la racine nerveuse comprimée, et de faire disparaître la douleur sciatique ; ce but est obtenu dans environ 85 % des cas. Il n'est jamais possible d'assurer que les troubles sensitifs ou moteurs disparaîtront complètement : la racine nerveuse peut avoir été comprimée trop ou 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 persistera après l'intervention. Aucune intervention ne remet l'organisme «à neuf». Aucun résultat n'est jamais garanti à 100%.

L'INTERVENTION

Elle a pour but de libérer la racine nerveuse de la compression et se déroule le plus souvent sous anesthésie générale. Le chirurgien accède au disque par une courte incision (3 à 4 cm), en écartant latéralement la ou les racines ; il retire la hernie discale, vide le centre du disque, pour éviter qu'un fragment libre ne se mobilise et entraîne une récurrence de la compression. Le disque n'est jamais entièrement enlevé. La libération de la racine exige parfois un geste de libération complémentaire («grignotage») si des éléments osseux contribuent à la compression de la racine. Il est parfois nécessaire, lorsque la situation de la hernie l'impose, d'enlever une partie de la vertèbre (foraminotomie, arthrectomie, laminectomie) pour libérer convenablement la ou les racines comprimées. Une transfusion n'est habituellement pas nécessaire. Une intervention chirurgicale laisse toujours des traces cicatricielles, superficielles et profondes.



LES SUITES de l'INTERVENTION

Les suites de l'intervention sont peu douloureuses, bien contrôlées par le traitement analgésique. La douleur sciatique disparaît soit dès le réveil, soit après quelques jours ; la paralysie demande au moins plusieurs jours à récupérer ; les troubles de la sensibilité demandent souvent plusieurs semaines avant de régresser. Une récupération complète des troubles sensitifs ou moteurs n'est jamais certaine.

Le lever est possible dès le soir ou le lendemain de l'intervention.

Si un drain a été placé, il sera retiré le lendemain ou le surlendemain de l'intervention.

Le retour à domicile est possible après 1 à 4 jours. La marche est recommandée.

Il faut éviter la voiture pendant 3 semaines. L'arrêt de travail est -selon les professions- de 4 semaines à 3 mois, parfois plus.

LES RISQUES ENCOURUS

LES RISQUES inhérents A TOUTE INTERVENTION CHIRURGICALE :

Les risques propres à l'anesthésie vous seront expliqués par le médecin anesthésiste.

Les troubles de cicatrisation sont très rares mais peuvent imposer une nouvelle intervention. Le positionnement sur la table d'opération peut causer des compressions de la peau, des vaisseaux, des nerfs ou, exceptionnellement, des globes oculaires, pouvant, à l'extrême, entraîner une perte de la vision.

Le risque de phlébite (veine obstruée par un caillot sanguin) est très faible. Un traitement anticoagulant préventif n'est nécessaire qu'en cas de prédisposition, ou lorsque l'alitement se poursuit au-delà de 24 heures. Une embolie pulmonaire peut, à l'extrême, se produire. Il s'agit d'une complication grave, parfois mortelle.

LES RISQUES PROPRES A CETTE INTERVENTION chirurgicale sur le rachis :

Le risque d'erreur de niveau est faible, mais réel. Pour cette raison, vous devez impérativement apporter vos radiographies, scanner, IRM, nécessaires au chirurgien pour l'intervention. Ce risque est considérablement réduit par le repérage radioscopique effectué immédiatement avant l'intervention. Il est plus élevé chez les patients corpulents (≥ 90 kg).

Une brèche de la dure-mère (enveloppe contenant le LCR, liquide céphalo-rachidien, et les racines nerveuses) peut survenir pendant l'intervention, en dépit des précautions prises. Elle peut, le plus souvent, être fermée par le chirurgien. Il s'agit alors d'un incident sans conséquence. Elle peut se compliquer par une fuite de LCR, soit contenue dans les parties molles (méningocèle) soit s'écoulant par la cicatrice (fistule). Une infection du LCR peut alors survenir ; il s'agit d'une complication très rare mais potentiellement grave, demandant un traitement spécifique. Une nouvelle intervention peut être nécessaire.

Un hématome peut survenir sur le trajet de l'intervention ; s'il est volumineux, il peut entraîner une compression des nerfs contenus dans le canal lombaire, et causer douleurs, paralysies, anesthésies, troubles urinaires ou du sphincter anal (incontinence ou rétention) : syndrome de la queue de cheval. Une réintervention pour évacuation de l'hématome est nécessaire.

Des complications neurologiques peuvent survenir : troubles sensitifs (insensibilité, paresthésies) ; troubles moteurs avec paralysie, très rare, souvent d'origine ischémique (défaut d'irrigation sanguine) ; ces troubles sont le plus souvent transitoires, très rarement définitifs.

Des troubles urinaires (difficultés ou impossibilité à uriner) apparaissent parfois dans les 24 premières heures ; la vessie doit alors être vidée à l'aide d'une sonde.

Ces troubles sont très habituellement transitoires.

Des troubles digestifs peuvent survenir (ballonnements, retard à la réapparition des selles, exceptionnellement occlusion intestinale).

Ils constituent beaucoup plus souvent des désagréments que des complications.

L'infection du site opératoire est rare (0,1% à 1% en dépit des précautions prises). Il s'agit le plus souvent d'une infection superficielle, qui peut être réglée par des soins adaptés. Une nouvelle intervention pour nettoyage local est parfois nécessaire. Les infections profondes (discites = infections du disque) sont rares. Le disque, non vascularisé, se défend mal contre les microbes : le traitement peut être long et difficile. Des séquelles, notamment douloureuses, peuvent persister définitivement.

Une récurrence de la hernie discale (sur le même disque) est possible, dans 2% à 5% des cas, avec 2 pics de fréquence : dans les premiers mois, ou après 5 ans.

LES RISQUES EXCEPTIONNELS mais décrits dans des publications médicales :

Une lésion des gros vaisseaux abdominaux (aorte, veine cave, vaisseaux iliaques) situés en avant du rachis, par les instruments utilisés pour vider le disque, peut entraîner une hémorragie grave, et à l'extrême le décès. Le risque de lésion d'un autre viscère abdominal (intestin, uretère) est très exceptionnel.

Le risque de complication oculaire (perte de la vision partielle ou complète d'un œil ou des 2 yeux) est très exceptionnel.

Le risque d'hémorragie importante pendant l'intervention est extrêmement faible, mais non nul.

Une transfusion sanguine peut, à l'extrême, s'avérer nécessaire. Toute transfusion comporte un risque très faible mais non nul de contamination (hépatite, SIDA).

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 ; cette 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.