

Intervention pour spondylolisthésis (voie postérieure)

La découverte d'un spondylolisthésis ne doit pas conduire systématiquement à une intervention.

Il est maintenant prouvé :

- que des patients peuvent être porteurs de spondylolisthésis sans n'avoir aucune douleur.
- que des patients peuvent souffrir de douleurs en rapport avec un spondylolisthésis, et guérir avec le traitement médical.

Il existe actuellement un accord pour proposer une intervention pour un spondylolisthésis à des patients souffrant de douleurs des membres inférieurs (sciatique ou cruralgie), et de douleurs du dos (lombalgies), malgré le traitement médical bien conduit ayant comporté rééducation, corset, anti-inflammatoires, antalgiques, myorelaxants, et éventuellement infiltrations.

L'élément déterminant pour décider d'une intervention est la tolérance du patient à sa situation, on opère quand le patient a eu un traitement médical complet et «qu'il en a marre d'avoir mal».

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

Il n'y a en règle pas d'urgence à opérer un spondylolisthésis, en dehors de 3 situations exceptionnelles :

- sciatique paralysante : entraînant une paralysie du pied
- syndrome de la queue de cheval : troubles pour uriner
- sciatique hyperalgique (restant très douloureuse malgré le traitement)

Techniquement, un spondylolisthésis est toujours opérable, mais on ne propose pas d'intervention quand on pense qu'il n'est pas responsable des douleurs du patient, ou qu'il y a peu de chances de l'améliorer.



BUTS ET BÉNÉFICES ESCOMPTÉS

Le but est d'obtenir un soulagement de la sciatique, 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 «décoincer le nerf», sous anesthésie générale, en allant par une incision dans le bas du dos, ouvrir le canal au milieu des vertèbres où passent les racines, et «grignoter les vertèbres» pour libérer le sac et les racines nerveuses, il s'agit de la libération (laminectomie)

Il est très souvent nécessaire d'y ajouter une arthrodèse, qui est la fusion de deux ou plusieurs vertèbres entre elles, pour éviter que leurs mouvements exagérés soient aussi une cause de compression neurologique. Pour réaliser la fusion, on utilise une greffe osseuse placée entre les vertèbres en cause, (sur les cotés de la vertèbre, 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 étant prélevé localement ou sur la partie postérieure du bassin.

Pour immobiliser les segments, et en attendant la consolidation osseuse, il est souvent nécessaire de mettre en place du matériel métallique (en titane le plus souvent), vissé dans les vertèbres, appelé matériel d'ostéosynthèse ou instrumentation. Lorsqu'une greffe est réalisée dans le disque, la mise en place d'un implant en plastique (cage) peut être nécessaire.

Si la vertèbre est très déplacée, l'instrumentation peut permettre de corriger le déplacement (réduction). Il est rarement nécessaire de corriger complètement le déplacement.

La plaie est refermée en laissant en place un drainage par un tuyau en plastique relié à une bouteille aspirant le sang, qui sera enlevée 2 à 3 jours après l'intervention.

La réalisation d'une deuxième intervention, par voie antérieure, pour compléter la greffe peut être nécessaire.



LES SUITES DE L'INTERVENTION

Le kinésithérapeute vous apprendra dès le lendemain ou le surlendemain la technique pour vous lever, et vous pourrez le faire ensuite autant que vous le souhaitez. Vous pourrez sortir environ 7 jours après l'intervention, lorsque vous arriverez à marcher, à rester debout le temps d'un repas, et à monter et descendre un escalier. Le chirurgien est le plus à même de vous donner des précisions sur les délais nécessaires avant de pouvoir vous 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.

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'analgésiques.

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 ; 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.