



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

ARTHRODÈSE LOMBAIRE PAR VOIE POSTÉRIEURE

Service de Neurochirurgie

Dans certains cas de rétrécissement canalaire lombaire ou foraminaux il existe en plus une **instabilité** et/ou un « spondylolisthésis ». Ceci veut dire que le patient présente en plus un glissement vertébral qui contribue aux symptômes. Il existe différentes causes au spondylolisthésis. Les symptômes peuvent également consister en douleurs lombaires et/ou radiculaires (dans les cuisses et/ou jambes).

Lorsqu'il y a un glissement vertébral ou si l'opération planifiée comprend un risque important de provoquer un glissement vertébral, on réalise une arthrodèse en plus de la décompression simple que l'on fait pour libérer les douleurs liées à la compression nerveuse.

L'arthrodèse consiste à stabiliser les vertèbres en les reliant entre elles par des vis qui elles-mêmes sont reliées par des tiges en titane. Souvent, mais pas toujours on place aussi une ou plusieurs cages (=espaceurs) dans l'espace entre les vertèbres, là où se trouve le disque que l'on a préalablement vidé.

Le but de ce type d'intervention double.

1. **Décompresser les racines nerveuses** qui provoquent les douleurs dans les jambes
 2. **Stabiliser la colonne** afin que les symptômes ne récidivent pas en raison du glissement vertébral.
- Il s'agit d'une intervention qui peut se faire par voie ouverte ou par voie mini-invasive.

L'indication des différentes techniques est adaptée au cas particulier du patient.

L'opération est plus longue qu'une décompression simple des racines nerveuses et comporte des risques supplémentaires.

Les complications générales de type infection, problème de cicatrisation et hématome surviennent parfois, mais ont rarement des conséquences sévères comme une ré-intervention, antibiothérapie ou autre traitement au long cours. Des complications générales internistiques (thrombose, embolie, infarctus) sont très rares également et dépendent de votre état général de santé.

1. Le risque **hémorragique** est majoré en raison de la dissection plus importante des tissus.
2. Le risque **infectieux** est majoré en raison de l'implantation d'un corps étranger. Dans de rares cas une infection peut aussi imposer l'ablation du matériel.
3. Malgré tous les efforts de précision et même en cas de placement de matériel guidé par imagerie une **fausse route d'une vis** est toujours possible pouvant léser un vaisseau ou une ou plusieurs racines nerveuses.
4. Le **risque neurologique** de provoquer une atteinte sensitive ou motrice permanente est d'environ 5%.
5. Une **brèche durale** et/ou fuite de liquide céphalo-rachidien avec fistule est également possible.

Le but principal de l'opération est **l'amélioration des symptômes dans les membres inférieurs** (jambes). Ces douleurs sont en général les premières à s'améliorer et ce chez la grande majorité des patients. Les troubles sensitifs et moteurs dans les membres inférieurs prennent souvent plus de temps à récupérer. Parfois il peut rester une séquelle neurologique si l'atteinte préopératoire est importante.

Les douleurs lombaires s'améliorent chez environ 60% des patients, mais souvent leur évolution est plus incertaine. Ceci est lié au caractère chronique de l'arthrose lombaire.

La **mobilisation active est importante** pour limiter les douleurs lombaires et nous encourageons les patients à **bouger et marcher rapidement après l'opération**. Les mouvements brusques, torsions du dos et le port de charges de plus de cinq kg sont déconseillés, surtout pendant la période de convalescence (les six premières semaines).

La **kinésithérapie** postopératoire est souvent prescrite **après la convalescence** pour reconditionner la colonne lombaire. Le but en est la reprise progressive d'une activité normale.

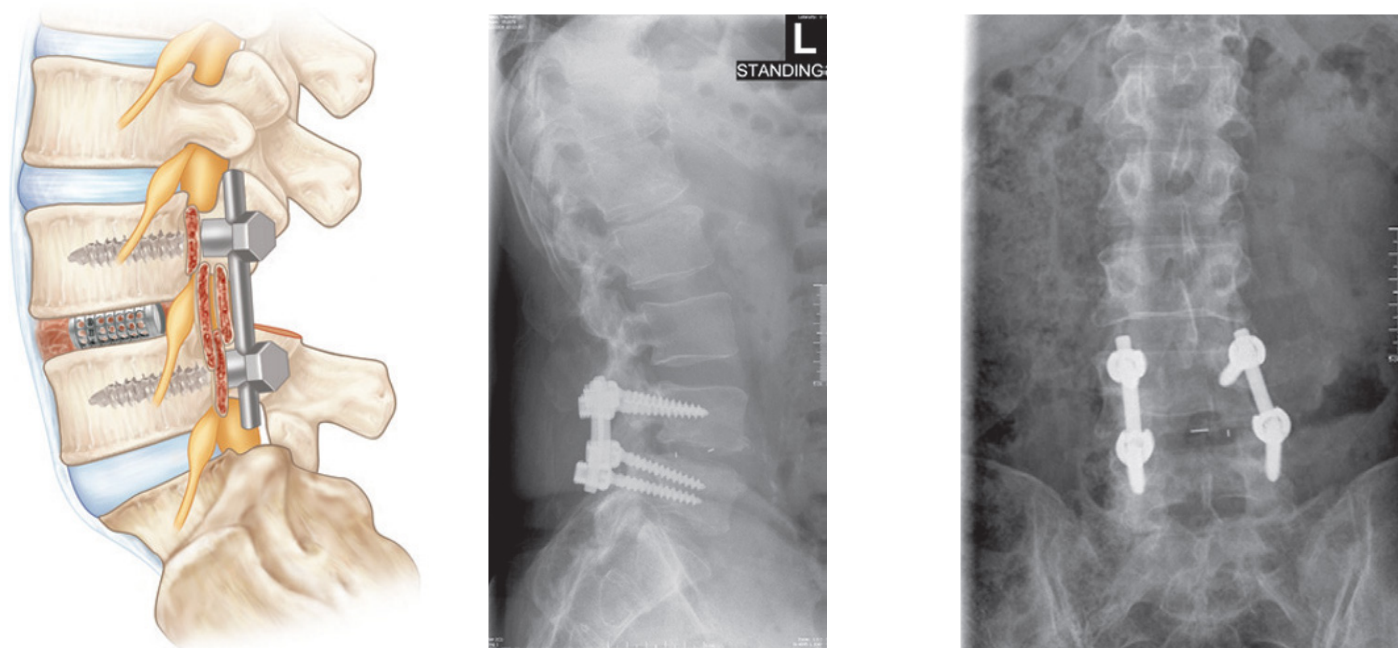


Illustration et radiographies postopératoire (Profil/Face) d'une ostéosynthèse, arthrodèse lombaire.

Illustrations :

JANDIAL, Rahul, Paul McCORMICK, Peter BLACK. 2011. Core techniques in operative neurosurgery. Elsevier Saunders. 705p.