



Clinique S' Pierre
OTTIGNIES

CANAL LOMBAIRE ÉTROIT

Service de Neurochirurgie

Il s'agit d'un **rétrécissement du canal rachidien** qui contient les racines nerveuses destinées aux membres inférieurs (jambes), aux sphincters (vessie et rectum) et à la fonction sexuelle.

La **cause** en est le plus souvent la **dégradation des disques et des articulations vertébrales** qui rétrécit le canal rachidien par l'épaississement de ligaments et articulations et/ou le bombement du disque inter-vertébral. Parfois cela s'associe à la présence d'un kyste arthro-synovial et/ou un glissement vertébral (spondylolisthésis). Certains patients présentent en plus un rétrécissement congénital (de naissance).

Les symptômes et signes cliniques les plus fréquents sont :

1. des **lombalgies** (douleurs du bas du dos)
2. des douleurs dans une ou les deux **jambes** (sciatalgies ou cruralgies ou les deux)
3. une limitation de la **capacité de marche**, encore appelée claudication intermittente
4. des troubles **sensitifs** avec engourdissement et/ou picotements dans les jambes
5. des troubles **moteurs** (paralysie partielle ou complète) de un ou plusieurs groupes musculaires entraînant par exemple l'incapacité de relever le pied.
6. des troubles **sphinctériens** (incontinence partielle ou rarement totale) ou de la fonction sexuelle
7. on peut observer une **aggravation** des symptômes en fonction de la position. Par exemple aggravation en station **debout ou à la marche** et amélioration en position assise ou couchée. L'inverse est parfois observé.

S'il n'y a pas de paralysie sévère le traitement est en première intention conservateur (non chirurgical).

Si le traitement conservateur n'est pas efficace, une **opération** peut vous être proposée consistant à élargir (décompresser) le canal aux endroits les plus rétrécis. Par une incision dans le dos centrée sur les niveaux atteints on accède à la colonne en écartant les muscles dorsaux. Ensuite on ouvre le canal vertébral entre les lames vertébrales (**laminotomie**). Par ce petit abord, les racines nerveuses sont libérées de leur compression.

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 80-90% 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.

Les **complications** neurologiques avec séquelles permanentes sont rares dans les laminotomies simples. Les complications générales de type infection, problème de cicatrisation et hématome surviennent parfois, mais ont rarement des conséquences sévères. Une ré-intervention est parfois nécessaire, antibiothérapie ou autre traitement au long cours. Des séquelles définitives sont rares. Des complications générales de type thrombose, embolie, infarctus, accident vasculaire sont très rares et dépendent essentiellement de l'état de santé préalable.

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 lourdes (> 10kg) sont déconseillés, surtout pendant la période de convalescence (les six premières semaines).

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

