



La ou Les Hernies Discales Lombaires

Madame, Monsieur,

Votre médecin traitant, votre rhumatologue ou votre radiologue vous ont diagnostiqué la présence d'une ou de plusieurs hernies discales lombaires. Celles-ci peuvent être à l'origine de vos douleurs actuelles, « la sciatique ».

Ce document va vous permettre de comprendre cette pathologie, de vous informer de son évolution et de ses traitements médicaux ou chirurgicaux. En cas d'échec d'un traitement médical bien conduit, une intervention chirurgicale pourra alors vous être proposée. Ce document ne remplacera pas les informations recueillies auprès de votre médecin traitant ou d'un chirurgien spécialisé.

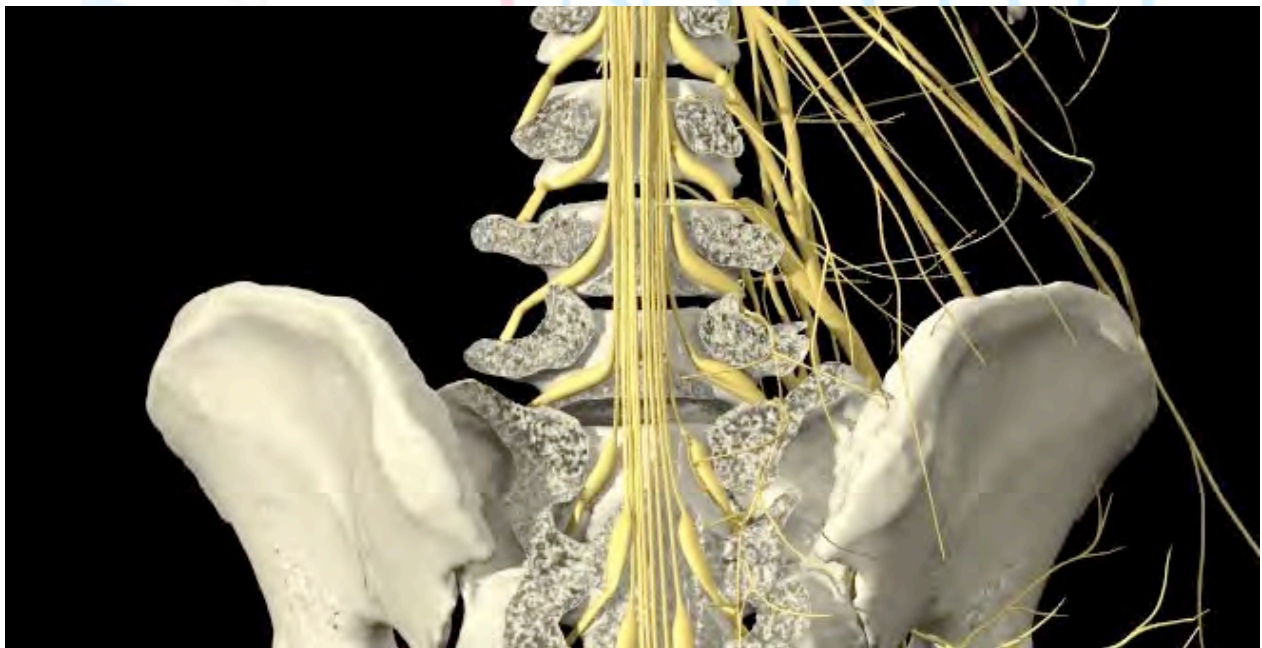
Anatomie de la hernie discale lombaire.

La colonne vertébrale

La **colonne vertébrale** (ou rachis) est constituée de 24 vertèbres, empilées les unes sur les autres, et reliées entre elles par un disque intervertébral.

Au point de vue anatomique, elle est subdivisée en 3 zones distinctes : le rachis cervical (7 vertèbres), le rachis thoracique (12 vertèbres) et le rachis lombaire (5 vertèbres).

Chaque **vertèbre** présente dans sa partie postérieure un « trou », ou *canal rachidien*, au sein duquel sont protégées les structures nerveuses, la moelle épinière. En effet, la moelle épinière concentre toutes les fibres nerveuses qui transmettent les ordres voulus ou non du cerveau aux différentes parties de notre corps. Elle se termine en regard de la deuxième vertèbre lombaire, par le sac dural qui contient les racines nerveuses motrices et sensibles des deux membres inférieurs, et, des sphincters vésicaux et rectaux (la queue de cheval). Chaque racine sort du canal rachidien par un orifice, le foramen situé à hauteur d'un disque intervertébral.



Aspect du sac dural

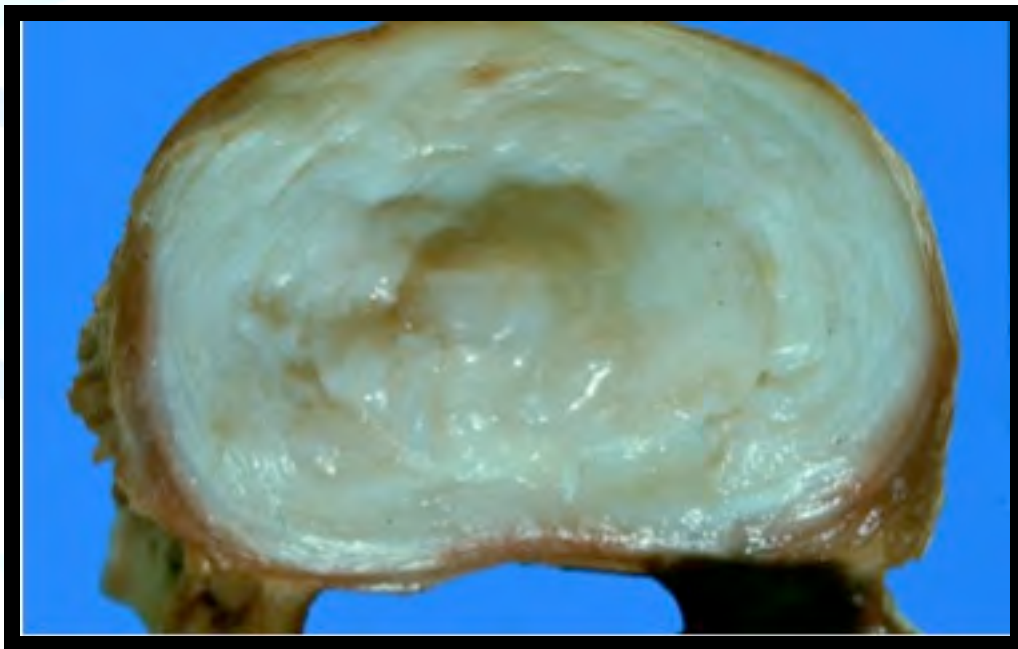
Le disque intervertébral

Le **disque intervertébral** est constitué d'un annulus en périphérie (anneau fibreux), et au centre d'un nucléus ou noyau gélatineux.

Il est un élément essentiel de cette structure complexe, il assure les mouvements de notre colonne vertébrale, en flexion/extension (penché en avant ou vers l'arrière), en torsion et en inclinaison latérale. Il a aussi un rôle d'amortisseur en cas de choc ou d'hyperpression entre deux vertèbres, permettant une répartition harmonieuse des contraintes.

De part toutes ces caractéristiques, on comprend alors pourquoi le disque intervertébral est aussi un élément de fragilité de la colonne vertébrale

Les disques ont 1cm à 1,5cm d'épaisseur. Leur épaisseur varie selon l'étage de la colonne vertébrale (plus épais en bas, lombaire qu'en haut, cervical). Plus les disques sont mobiles, plus ils permettent des mouvements importants.



Anatomie du disque intervertébral

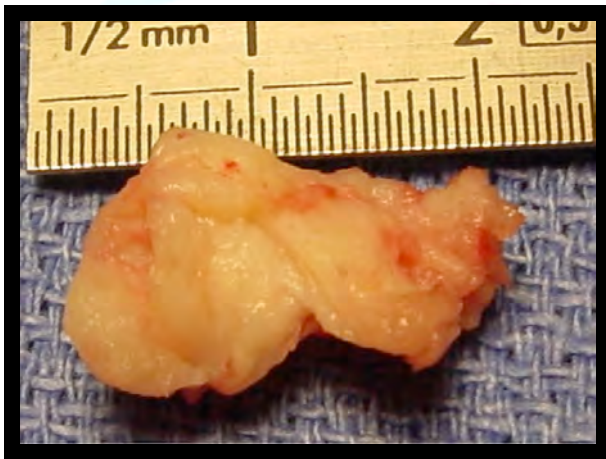
Origine de la hernie discale

Le disque s'écrase, et perd son rôle d'amortisseur, commence alors la discopathie et les douleurs lombaires (ou *lombalgie*, crée par une hyperpression intra discale et son dysfonctionnement).

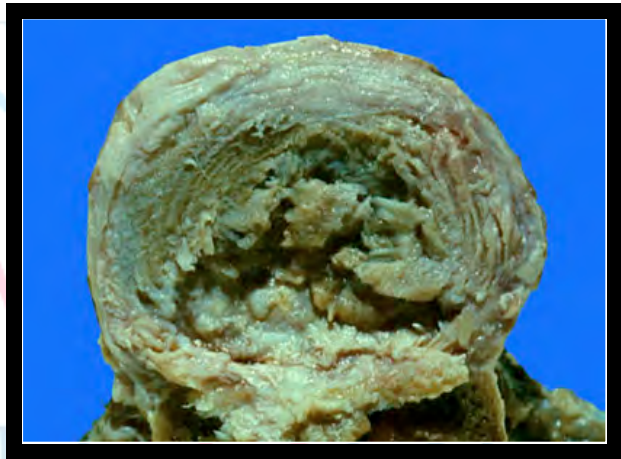
En effet, avec les années, il devient moins souple, se déshydrate et se fissure au niveau de son annulus (partie périphérique). Des efforts physiques répétés, au travail ou pendant une activité sportive, peuvent accélérer son vieillissement.

Le nucléus (partie centrale) peut alors migrer au sein de l'annulus et entraîner des lombalgies aiguës ou chroniques. Au maximum, le nucléus peut faire saillie dans le canal rachidien et former alors une hernie discale, dont le volume intra canalaire est très variable. Elle peut rompre le ligament commun vertébral postérieur et s'exclure dans le canal rachidien.

Au fur et à mesure de son évolution, la pression dans le disque décroît et l'intensité de la lombalgie va diminuer et sera remplacée ou non par une douleur dans la jambe.



Anatomie hernie discale



Aspect d'un disque malade

La pathologie discale lombaire débute donc toujours par une discopathie (dégénérescence discale) et le plus souvent par des douleurs lombaires (lombalgie).

Quelles sont les conséquences de l'apparition d'une hernie discale ?

La radiculalgie

En regard de chaque disque lombaire, une racine nerveuse quitte le sac dural et le canal rachidien par le foramen. Une hernie discale peut alors coincer un nerf à ce niveau et entraîner une douleur à la jambe, **la radiculalgie**.

Le nerf situé entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire s'appelle le nerf crural. Si celui-ci est comprimé, on parle alors de *cruralgie*.

Le nerf situé entre la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire s'appelle le nerf L5. Si celui-ci est comprimé, on parle alors de *radiculalgie L5*.

Le nerf situé entre la cinquième vertèbre lombaire et la première vertèbre sacrée s'appelle le nerf sciatique. Si celui-ci est comprimé, on parle alors de *sciatalgie*.

Chaque trajet douloureux dans la jambe oriente donc dès le départ vers une racine bien définie : la cruralgie en avant de la cuisse, la radiculalgie L5 sur le bord externe de la jambe et la sciatalgie en arrière de la jambe.

A cette cause mécanique (par compression de la racine), la hernie discale entraîne une inflammation et une irritation de la racine nerveuse, provoquant elles aussi une radiculalgie.

La douleur radiculaire présente des caractéristiques communes : exacerbée par tout effort augmentant la pression abdominale (défécation, toux, éternuement).

Les paresthésies, les dysesthésies

L'intensité de cette douleur est très variable selon les individus, elle peut s'accompagner de **paresthésies** (sensation de picotement, de décharge électrique ou de fourmillements) ou de **dysesthésies** (altération de la sensibilité : hyper/hypo/anesthésie) du membre inférieur.

Parfois seules les paresthésies ou les dysesthésies sont présentes, passant le plus souvent inaperçu ou passager. Un avis médical sera nécessaire pour

confirmer le diagnostic.

La paralysie, le syndrome de la queue de cheval

Parfois vous n'arrivez plus bien à bouger certaines parties de votre corps pouvant entraîner une chute (sensation de lâchage du genou, impossibilité de marcher sur la pointe ou le talon du pied, impression d'un pied qui racle le sol à la marche,...), on parle alors de **paralysie** partielle ou complète. En cas de paralysie, la pression exercée par la hernie discale sur le nerf peut entraîner des lésions irréversibles, et la paralysie comme séquelle définitive. Il s'agit donc d'une urgence chirurgicale.

Une hernie discale peut aussi comprimer les racines nerveuses à destinée du périnée, la queue de cheval, cela peut provoquer des problèmes pour uriner, d'impuissance ou de constipation opiniâtre... On parle alors de **syndrome de la queue de cheval**, aux lésions irréversibles fréquentes et très invalidantes. Il s'agit donc la aussi d'une urgence chirurgicale.

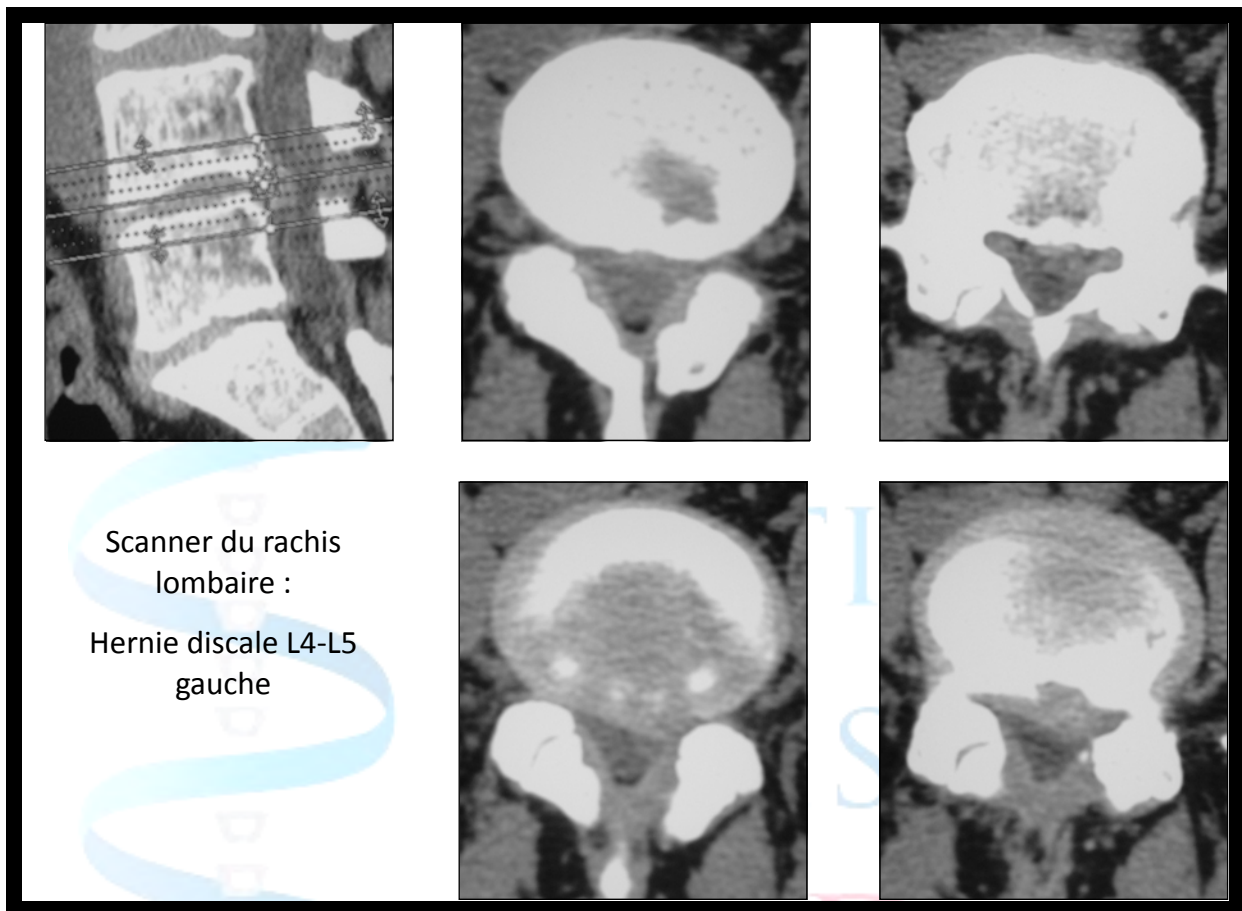
Comment en faire le diagnostic ?

Les recommandations internationales recommandent de ne pas multiplier les examens en cas de douleur radiculaire typique pour en faire le diagnostic et de débiter un traitement médical contre la douleur sans bilan.

La **radiographie du rachis lombaire** de face et de profil est prescrite en cas de douleur persistante, non soulagée par un traitement médical simple. Elle permet d'éliminer d'autres causes à l'origine de radiculalgie.

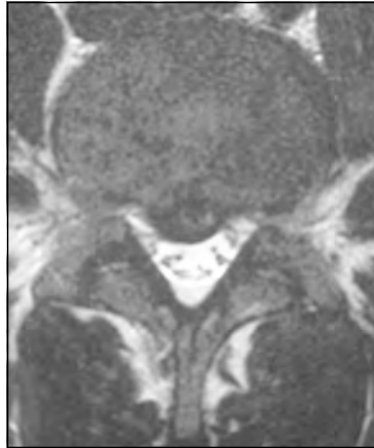
Le **scanner ou l'IRM du rachis lombaire** est prescrit en cas de persistance des douleurs malgré la modification du traitement médical antalgique, toujours en complément du bilan radiographique. Il permet de visualiser la hernie discale et la compression de la racine, ainsi qu'un bilan complet des autres disques.

Le scanner du rachis lombaire est l'examen de première intention à réaliser.



En cas de doute persistant sur la présence ou non d'un conflit disco-radicaire, une IRM du rachis lombaire pourra alors être prescrite.

IRM rachis lombaire:
Hernie discale L4-L5
droite



Qu'elle est l'évolution naturelle d'une hernie discale et les moyens thérapeutiques disponibles ?

Le traitement médical, et évolution naturelle

Le **traitement médical** initial permet de guérir 80 à 90% des épisodes douloureux, si celui-ci est bien respecté.

Il est donc débuté de manière systématique en cas de douleur radiculaire typique, non compliquée par votre médecin traitant.

Il associe une *prescription médicamenteuse* (antalgique, AINS, décontracturant musculaire) à du *repos* (15 jours au minimum) durant une période de 4 à 6 semaines.

En cas d'échec de ce traitement, un geste d'*infiltration lombaire* de corticoïdes pourra être réalisé par votre rhumatologue, ou sous contrôle radiographique par un radiologue.

Une fois la crise douloureuse passée, il faut :

- se remuscler le dos et les muscles abdominaux,
- perdre du poids en cas de kilos en trop,
- suivre des cours d'école du dos afin d'éviter toute nouvelle crise.
- attendre que la hernie discale se résorbe en 3 à 6 mois le plus souvent.

En cas de persistance des douleurs, d'une gêne professionnelle, quotidienne ou sportive, votre médecin vous adressera à un chirurgien spécialisé dans la pathologie rachidienne pour avis.

Le traitement chirurgical

Le **traitement chirurgical** sera proposé aux patients dont le traitement médical prolongé (supérieur à 6 semaines) s'est avéré un échec ou de première intention, en urgence en cas de situations à risque de lésion

neurologique irréversible.

Ces situations à risque sont :

- la présence d'un *déficit neurologique moteur* (la paralysie), on parle alors de sciatique paralysante.
- La présence de *troubles sphinctériens* (le syndrome de la queue de cheval), perte d'urine ou de selles, constipation opiniâtre récente, impuissance, rétention d'urine avec effort de poussée,...
- La *sciatique hyperalgique* avec impossibilité de se lever, de marcher, soulagée ou non uniquement par un traitement morphinique.

La chirurgie consiste dans l'ablation de la hernie discale et dans un nettoyage à minima du disque afin d'éviter toute mobilisation précoce d'un autre fragment discal (la récurrence précoce), libérant la racine nerveuse et vous soulageant ainsi de la douleur dans la jambe. Ce but est obtenu dans 85% des cas.

Il reste donc 15% environ de résultats non satisfaisant pour le patient : racine nerveuse abimée par la compression prolongée (la radiculopathie), l'existence de pathologies lombaires associées (canal lombaire étroit, hernies discales sur plusieurs niveaux, ...).

La chirurgie ne permet pas une réparation du disque (les lésions discales sont irréversibles), ainsi, la douleur du dos n'est soulagée que partiellement, ou pas du tout par l'intervention.

La chirurgie permet une récupération partielle à totale des troubles sphinctériens et des déficits neurologique moteur ou sensitif, variable selon la durée d'évolution des déficits et de l'atteinte intrinsèque de la racine nerveuse. Cette récupération est d'autant plus importante que l'intervention est proche de l'apparition des troubles neurologique, et plus aléatoire, en cas de durée d'évolution prolongée du déficit (quelques jours suffisent pour abimer sérieusement une racine nerveuse).

La consultation d'anesthésie

Une consultation d'anesthésie sera organisée en préopératoire. Il faut prévoir de lui ramener toutes vos ordonnances de votre traitement habituel, des bilans cardiaques en cas de maladie associée...

Au cours de l'intervention, vous dormirez complètement (anesthésie générale).

La durée de l'intervention est variable selon la technique opératoire, la complexité du geste à réaliser, et la présence de pathologies associées (canal lombaire étroit, plusieurs hernies discales, ...). Elle varie de 30 à 90 minutes en moyenne.

Les transfusions per ou post opératoire sont exceptionnelles, car le saignement lié à l'intervention est très faible.

L'intervention chirurgicale

L'intervention se déroule dans un bloc opératoire conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Afin de minimiser les risques infectieux, vous prendrez une douche bétadinée la veille et peu de temps avant l'intervention (cheveux compris), et plusieurs badigeonnages à la Bétadine vous seront réalisés au bloc opératoire.

Vous serez allongé sur le ventre, sur une table spécifique à la chirurgie rachidienne.

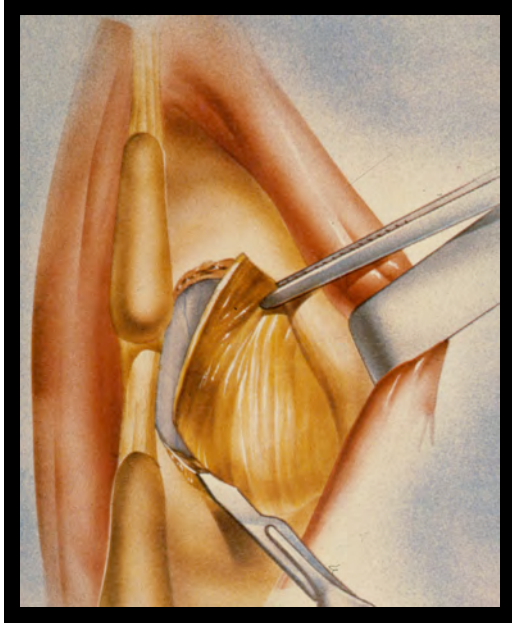
Un contrôle radiographique sera effectué avant l'intervention pour centrer l'ouverture de la peau en regard du niveau lésionnel.

L'ouverture cutanée sera de quelques centimètres (3 à 5 cm) au milieu du dos. Une fois la peau ouverte, le chirurgien écartera les muscles au contact de la colonne vertébrale du côté de la hernie discale, afin d'accéder à l'espace inter laminaire.

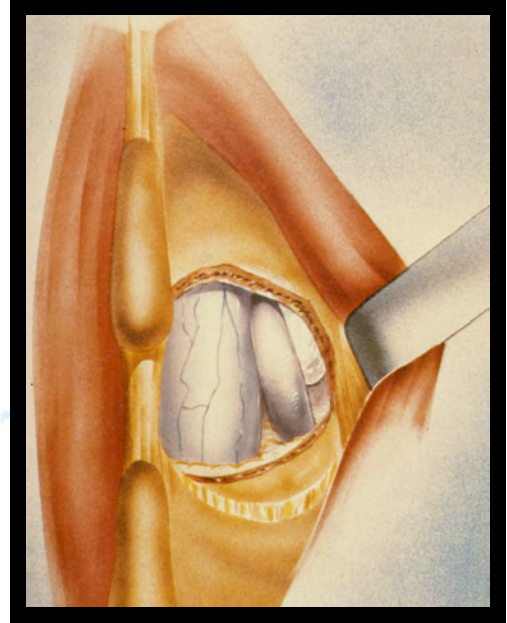
Après excision du ligament jaune, on repère la racine nerveuse, puis on la récline pour accéder au disque intervertébral et à la hernie discale.

On retire alors la hernie à l'aide de pinces spécifiques.

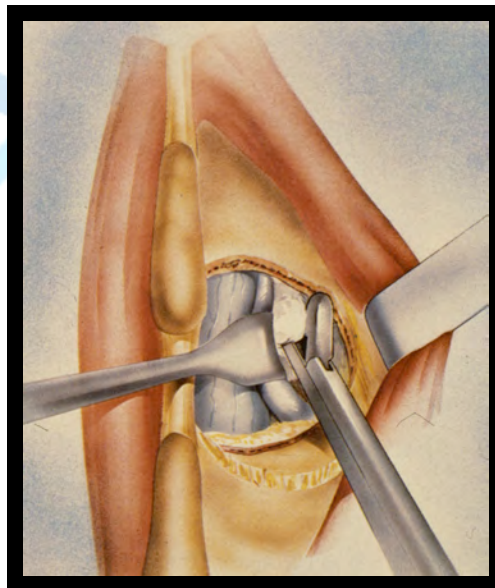
Un évidement du disque se fera à minima afin d'éviter qu'un fragment discal libre ne se mobilise et entraîne une récurrence des douleurs en post-opératoire.



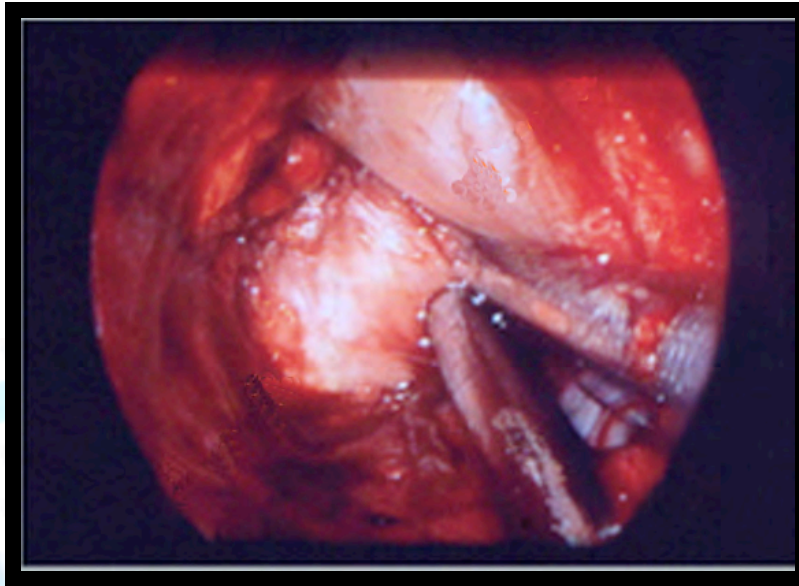
Ouverture ligament jaune



Visualisation de la hernie



Mobilisation de la racine. Exérèse de la hernie.



Vue opératoire d'une hernie discale et d'une racine nerveuse au contact.

Une cicatrice plus grande peut être réalisée en cas de nécessité de gestes complémentaires pour libérer la racine nerveuse (laminectomie en cas de hernie volumineuse ou de canal lombaire étroit associé, arthrectomie en cas de compression osseuse associée, foraminotomie en cas de hernie foraminale), ou en cas de geste d'arthrodèse rachidienne (1ere ou 2eme récursive de hernie discale).

La fermeture de la peau se fait soit par des points séparés, par des agrafes, ou par un surjet intradermique, qu'il faudra retirer à 21 jours de l'intervention.

Un système de drainage du site opératoire sera mis en place afin d'éviter tout hématome post opératoire. Il sera retiré le surlendemain de l'intervention.

Vous passerez 3 heures après l'intervention dans la salle de réveil du bloc opératoire, pour surveillance et gestion de la douleur.

Les suites post-opératoires

Les douleurs postopératoires seront bien contrôlées par le traitement analgésique mis en route par l'anesthésiste (jusqu'à la pompe à morphine).

Les douleurs de la jambe peuvent disparaître dès le réveil ou dans les jours qui suivent l'intervention.

Les douleurs lombaires du site opératoire sont souvent les plus désagréables durant les 48 premières heures.

Des lombalgies persistantes en postopératoire ou secondaire sont habituellement dues à une instabilité de la colonne vertébrale et nécessitent un renforcement musculaire.

Les déficits moteurs sont les plus rapides à disparaître, les troubles sensitifs peuvent prendre plusieurs semaines. Personne ne peut vous garantir une récupération motrice et/ou sensitive complète en post-opératoire. Il faut souvent attendre plusieurs mois avant de parler de séquelles nerveuses.

Une difficulté d'uriner est fréquente au réveil (morphine, anesthésie) et dans les 24 premières heures. Un sondage aller retour pourra alors être effectué par l'infirmière afin de vider la vessie.

Des troubles digestifs (constipation, ballonnement) sont fréquents (morphine, anesthésie) pouvant nécessiter la prise de médicament.

Le premier lever s'effectue dès le lendemain de la chirurgie par le kinésithérapeute de la clinique. Des malaises vagues (vertige, sueurs, faiblesse des jambes) peuvent survenir lors des premiers levés, nécessitant un lever progressif et une position assise au bord du lit prolongée.

Des troubles neurologiques moteurs (paralysie) et/ou sensitifs (région anale ou génitale) peuvent apparaître ou s'aggraver en post opératoire. Il faut prévenir rapidement l'infirmière qui en informera votre chirurgien. Cette situation très rare fait évoquer un **hématome compressif post opératoire**, nécessitant une reprise chirurgicale en urgence afin de lever cette compression.

La durée de l'hospitalisation varie de 1 à 4 jours, avec un retour à votre

domicile. Une rééducation précoce peut vous être proposée par votre chirurgien. La meilleure rééducation reste la marche à pied. Les voyages en voiture sont déconseillés pour une durée de 3 semaines. Une position assise haute est à privilégier durant les 3 premières semaines. Le port d'un corset n'est pas justifié, sauf en cas d'arthrodèse associée.

Un rendez vous de contrôle sera organisé à 3 semaines post opératoire pour réaliser un contrôle clinique et radiologique, débiter la rééducation.

La reprise du travail est à prévoir à partir de la 4eme semaine, en fonction du type de travail. En cas d'impossibilité de reprendre son activité (travailleur de force), un reclassement professionnel peut être envisagé avec votre médecin de travail.

Quels sont les risques liés à une intervention chirurgicale ?

Toutes interventions chirurgicales présentent des risques, qui seront décrits, mais la liste est non exhaustive. Elles sont rares dans ce type d'intervention qui est une intervention courante à la clinique Geoffroy Saint Hilaire.

Ces risques, même rare, sont inhérents à tous les traitements chirurgicaux. Il n'existe pas de pourcentage de risque à vous donner. Ce risque est individuel, variable d'un individu à l'autre, en fonction de ses antécédents, de la lourdeur du geste à réaliser.

Tout traitement, même à l'aide de médicament comme les antalgiques, présente des risques (voire la liste des effets secondaires de vos médicaments).

L'évolution d'une hernie discale comporte elle aussi des risques en cas d'évolution prolongée, pouvant aller jusqu'à la *paralysie* comme nous l'avons vu.

Risques communs à toutes les interventions chirurgicales sur la colonne lombaire :

- L'anesthésie générale, d'où l'importance de la visite pré-opératoire avec l'anesthésiste
- Difficulté à uriner ou reprendre un transit intestinal durant les premiers jours. Ces troubles disparaissent le plus souvent. La rétention urinaire peut nécessiter la mise en place d'un sondage urinaire. Chez l'homme ayant des problèmes de prostate, une rétention urinaire est fréquente en post-opératoire, nécessitant parfois une consultation avec un urologue.
- Survenue d'une phlébite d'un membre inférieur compliquée d'une embolie pulmonaire. Une reprise précoce de la marche diminue ce risque. En cas de terrain à risque, un traitement anti coagulant peut être prescrit à la sortie de la clinique.
- Un décès suite à l'anesthésie ou la plaie d'un gros vaisseau (saignement abondant en avant de la colonne vertébrale) reste exceptionnel.
- En cas de transfusion (exceptionnelle), risque de transmission de maladie virale ou bactérienne.
- Décompensation de maladies pré existantes (cardiaque, pulmonaire, rénale,...) pouvant nécessiter le changement de votre traitement habituel.

Risques liés à une intervention chirurgicale de hernie discale :

- *L'hématome compressif* comprimant le sac dural (exceptionnel) en post opératoire immédiat est une urgence chirurgicale. Il se manifeste par l'aggravation ou l'apparition de troubles neurologiques moteurs ou sensitif.
- *L'infection du site opératoire* (risque estimé environ à 5% selon les études) nécessitent une reprise chirurgicale (lavage et prélèvements) associée à un traitement antibiotique adapté au germe retrouvé nécessitant une hospitalisation de 7j minimum.
- *L'infection urinaire* (rétention urinaire, pose d'une sonde urinaire) nécessite un traitement antibiotique. De même, qu'une infection pulmonaire ou une septicémie.
- La *méningite* (ou infection des méninges) est rare mais très grave.

- La *discite* (infection du disque) est rare aussi.
- Risque *neurologique* pouvant aller jusqu'à la paralysie complète du nerf reste exceptionnelle.
- La *brèche dure méridienne* (enveloppe qui entoure le sac dural) nécessite un repos au lit en décubitus dorsal strict entre 48 à 72 heures en post opératoire immédiat, afin d'éviter des céphalées importantes au lever. Dans de rare cas, une poche (meningocèle) peut survenir nécessitant une reprise chirurgicale, surtout en cas de fuite de LCR par la cicatrice.
- Liés à la position sur la table opératoire : *Cécité* au maximum en cas de compression oculaire. Douleur du coude et de la main en cas de *compression du nerf ulnaire*. Douleur et brûlure à la face antérieure de la cuisse en cas de *compression du nerf fémoro cutané* au bassin.

Ces complications post-opératoires sont rares, nécessitent ou non une reprise chirurgicale, et peuvent être l'origine de séquelles définitives.

Ce document ne peut remplacer une consultation avec votre médecin ou votre chirurgien. Cette consultation vous permettra d'avoir des réponses complémentaires à toutes les questions encore en suspens.