



Document d'information au patient

(ce document ne remplace aucunement une discussion avec le chirurgien et n'est pas exhaustif)

CHIRURGIE DE LA HERNIE DISCALE LOMBAIRE

Les disques intervertébraux sont des coussinets placés entre chaque vertèbre qui permettent les mouvements et l'amortissement des mouvements de notre colonne vertébrale. Ils sont entourés et maintenus en place par une armature de fibres et de ligaments. Tout au long de la vie, ces coussinets sont soumis à de nombreux stress mécaniques qui les mènent à une dégénérescence progressive. La colonne lombaire est une des régions les plus mobiles de la colonne vertébrale et c'est pour cette raison que l'usure des disques est plus importante et plus fréquente à cet endroit. Ces stress mécaniques aigus ou chroniques peuvent provoquer l'apparition d'hernie discale. Il s'agit de l'extrusion d'une partie du contenu discal à travers une zone affaiblie de l'armature fibreuse et ligamenteuse l'entourant. Ce processus est bien visible sur des examens radiologiques tels que le CT scanner ou l'IRM lombaire. Les conséquences de ce phénomène peuvent être diverses, mais dans la plupart des cas, la hernie discale va s'appuyer sur une ou plusieurs racines nerveuses, et résulteront des douleurs de type sciatique avec ou sans troubles neurologiques.

Si les signes cliniques ne sont pas alarmants, un traitement conservateur de quelques semaines est habituellement proposé, car celui-ci est bénéfique dans la majorité des cas et permet d'éviter une intervention chirurgicale.

Si les signes cliniques sont alarmants, ou si malgré un traitement conservateur bien suivi, les douleurs et les manifestations neurologiques persistent, un traitement chirurgical est indiqué. Le but de la chirurgie est de stopper l'aggravation neurologique, éliminer les douleurs et favoriser la récupération neurologique. Ces objectifs sont atteints chez plus de 85% des patients.

En quoi consiste l'intervention ?

Les détails techniques de l'opération seront discutés avec le chirurgien, mais en résumé :

Le but de cette intervention est d'enlever la hernie discale pour libérer la racine nerveuse comprimée. Pour y parvenir, une incision de la peau d'environ 5 centimètres, verticale et au bas du dos est nécessaire. Toute l'intervention s'effectue sous anesthésie générale.

Après l'opération, un séjour de 4 jours dans le service de neurochirurgie est prévu. Vous y recevrez des instructions des physiothérapeutes afin de reprendre progressivement une mobilisation adéquate. Après ces quelques jours, un retour à domicile est le plus souvent envisagé. Un arrêt de travail de 6 semaines est prévu. Un contrôle ambulatoire est alors organisé chez le chirurgien pour décider de la suite du traitement.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Comme pour toute intervention chirurgicale, il y a des risques d'ordre :

- **Infectieux** : Il peut se déclarer quelques jours ou quelques semaines après l'opération. La gravité de l'infection peut être variable et dicte le traitement. Souvent des traitements locaux de la plaie suffisent, mais il arrive que l'on doive réintervenir et/ou traiter ensuite le patient par des antibiotiques.
- **Hémorragique (caillot de sang)**: Il se présente le plus souvent dans les 48 premières heures après l'opération. En fonction de sa gravité, un hématome sera soit surveillé, soit nécessitera une reprise chirurgicale lorsque des signes neurologiques défavorables sont présents (faiblesse des jambes, troubles sphinctériens).

! Pour diminuer le risque hémorragique, il est essentiel d'arrêter de prendre tout médicament liquéfiant le sang avant l'opération ! (les antiagrégants tels que l'Aspirine, Aspégic etc doivent être stoppés 10 jours avant l'opération. Les anticoagulants tels que le Sintrom ou le Marcoumar doivent aussi être arrêtés avant l'opération sur instruction précise de votre médecin traitant.)

Les risques neurologiques plus spécifiquement liés à l'opération de la hernie discale lombaire:

- Les racines nerveuses baignent dans un liquide (le liquide céphalo-rachidien). L'ensemble de ces structures est entouré d'un sac hermétique (le sac dural). Lors de l'opération, ce sac dural est manipulé et parfois, il peut se produire une brèche du sac avec pour conséquence un écoulement de liquide céphalo-rachidien. Cette brèche est tout de suite repérée et réparée lors de la même intervention. Néanmoins, les suites opératoires diffèrent quelque peu puisque le patient doit rester couché à plat 48 heures pour diminuer les risques d'écoulement de liquide par la plaie. Normalement, ces mesures suffisent et les suites opératoires sont bonnes. Rarement, on assiste, malgré les précautions, à un écoulement de liquide par la plaie qui peut nécessiter une 2^{ème} intervention afin de réviser la plaie.
- Dans de très rares cas, une racine nerveuse peut être endommagée de façon plus ou moins sévère lors de l'intervention. Les conséquences dépendent de la racine atteinte et seront discutées avec le chirurgien en fonction de l'opération qu'il va pratiquer.

N'hésitez pas à poser toutes les questions concernant la chirurgie de la hernie discale lombaire qui vous est proposée.