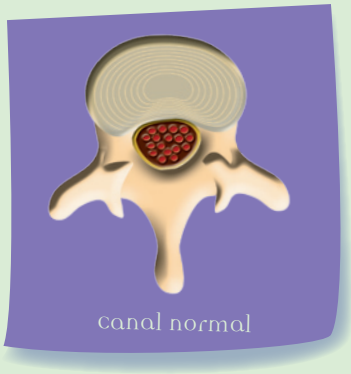
Société Française de Chirurgie du Rachis

sténose lombaire du canal rachidien ou «canal étroit lombaire»

La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée de vertèbres au milieu desquelles passe le canal rachidien. Ce canal est généralement assez large pour contenir sans problème toutes les racines nerveuses qui, au niveau lombaire, cheminent dans un sac situé dans le canal.
Selon la constitution du patient ou bien à cause de phénomènes d'usure naturelle, un rétrécissement peut survenir.
Ce rétrécissement entraîne une compression des éléments nerveux et est à l'origine de signes typiques: difficultés à la marche (avec périmètre de marche devenant plus court), douleurs dans les membres inférieurs, les douleurs peuvent être présentes à la marche ou au repos, sensations d'engourdissement, fourmillements et picotements, voire paralysie des muscles du membre inférieur, mauvais fonctionnement de la vessie ou du sphincter anal.


canal normal


sténose du canal rachidien

COMMENT FAIT-ON LE DIAGNOTIC ?

L'examen du patient apporte peu de renseignements si ce n'est la possibilité d'une association avec une déformation importante de la colonne vertébrale en cyphose (dos voûté) ou en scoliose (dos tordu).
C'est surtout l'examen radiologique qui va permettre de reconnaître la maladie ; le scanner montrant le rétrécissement du canal médullaire ; parfois complété par une IRM avec temps myélographique qui peut donner « l'image » de la compression des éléments nerveux ; ailleurs il est nécessaire de réaliser une saccoradiculographie (opacification de la gaine nerveuse) seul examen que l'on peut faire debout et d'importance si la symptomatologie se manifeste essentiellement dans cette position.

QUELLE EST L'EVOLUTION ?

L'évolution naturelle de la sténose lombaire est l'aggravation qui se traduira par une compression de plus en plus importante des éléments nerveux.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Les douleurs peuvent être atténuées dans un premier temps par un traitement médical conservateur : médicaments associés ou non à la rééducation (kinésithérapie, balnéothérapie…) ; des infiltrations sont possibles, simples (épidurales) ou bien radioguidées. C'est toujours par ce traitement médical qu'il faut débuter.

Il n'y a pas d'urgence à opérer en dehors de cas précis :
- Sciatique paralysante entraînant une paralysie du pied.
- Syndrome de la queue de cheval entraînant des troubles pour uriner.
- Sciatique hyper algique (très douloureuse malgré le traitement).

La décision du traitement chirurgical ou du traitement médical est à prendre en toute connaissance de cause ; 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 complet et que ce traitement médical n'est plus suffisant.

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. L'énumération des risques encourus ne peut pas être exhaustive. Une 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.

sténose lombaire du canal rachidien ou «canal étroit lombaire»

JUIN 2007

www.com-edit.fr
com·edit.

Société Française de Chirurgie du Rachis

sténose lombaire du canal rachidien

intervention

intervention pour la sténose lombaire du canal rachidien

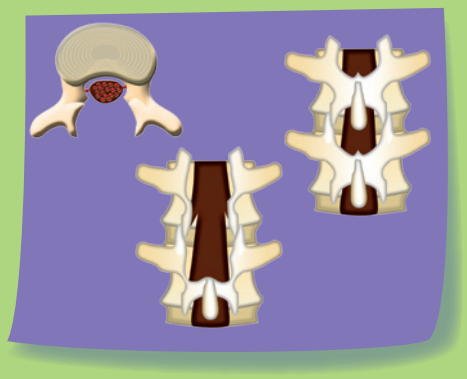
La découverte d'un canal étroit lombaire ne doit pas conduire systématiquement à une intervention.
Le traitement médical conservateur : antalgiques, anti-inflammatoires, rééducation, voire corset ou infiltration peut, dans un premier temps, atténuer les douleurs.
C'est toujours par ce traitement médical qu'il faut commencer. Il est cependant des cas où la chirurgie est à envisager soit par ce que le malade « en a marre d'avoir mal », ou bien par ce que des éléments nouveaux obligent à une intervention rapide telle que l'apparition d'une sciatique paralysante entraînant une paralysie du pied, troubles urinaires ou pour aller à la selle.

La décision du traitement médical ou du traitement chirurgical est donc à prendre en toute connaissance de cause après avoir compris le pourquoi de l'intervention.

BUTS ET BÉNÉFICES ESCOMPTÉS

Le but est d'obtenir un soulagement des douleurs des membres inférieurs, d'améliorer la marche si elle était limitée.
Des études récentes montrent que ces interventions permettent un bon résultat dans 80 % des cas.
Le résultat est souvent moins favorable sur les douleurs du bas du dos pour lesquelles il ne faut pas espérer un soulagement total. Ce sont souvent ces douleurs du bas du dos qui retardent la reprise du travail surtout dans le cas d'une profession très physique.

L'INTERVENTION :



Le but de l'opération est de supprimer la compression subie par les fibres nerveuses. Pour cela, il faut supprimer une partie des tissus qui obstruent le canal (formations osseuses, surfaces articulaires, ligaments, voire partie des disques intervertébraux).

Les actes chirurgicaux peuvent être différents selon le type de sténose. En fonction, de l'examen clinique et des résultats radiographiques, l'opération pourra consister à ôter simplement des fragments d'os, des surfaces articulaires ou de tissus ligamentaires. Parfois, il faudra aussi détruire la partie d'un disque intervertébral qui forme une hernie ou s'est ossifiée. Dans d'autres cas, il est nécessaire d'étendre l'opération en supprimant un arc vertébral, des ligaments et une ou plusieurs apophyses (laminectomie unilatérale ou bilatérale). Lorsque les trous de conjugaison sont également trop étroits, le chirurgien doit enlever une partie de l'articulation.

Ainsi la libération des racines nerveuses et de la moelle épinière peut être suffisante et l'intervention s'arrêter là.
Ailleurs, il est nécessaire d'effectuer une libération plus importante qui risque alors de perturber l'équilibre vertébral.
La colonne vertébrale devient instable et la répartition des forces qu'elle supporte est faussée. Ceci risque d'entraîner une gêne considérable.
Comme il n'existe pas de moyen de reconstituer les ligaments ou les surfaces d'articulation abîmés, il est impossible de redonner toute leur mobilité aux articulations. Pour que cette gêne et les douleurs soient soulagées et que la colonne puisse continuer à jouer son rôle protecteur, les vertèbres doivent alors être reliées fixement entre elles. Cette opération s'appelle une arthrodèse.



On utilisera divers types d'éléments métalliques (implants) ainsi que des greffes osseuses.
Les implants fournissent une fixation immédiate ce qui permet à l'os de se reconstituer lentement tout autour. La repousse osseuse prend ensuite le relais des implants, de sorte qu'il est parfois

JUIN 2007

www.com-edit.fr
com·edit

sténose lombaire du canal rachidien
intervention

possible de retirer ces derniers.Ce n'est pas toujours nécessaire.
L'origine de la greffe osseuse peut provenir du site opératoire, du bassin, ailleurs d'os de banque.
Dans certains cas, une simple greffe osseuse, sans recours aux implants, suffira à consolider le rachis.

LES SUITES DE L'INTERVENTION :

• Après l'intervention, le patient ressent des douleurs désagréables dans la région opérée et dans le dos. Elles seront en règle générale, très bien soulagées par la prise d'antalgiques.
• Des difficultés à uriner apparaissent fréquemment dans les premières 24 heures après l'opération (lorsqu'une sonde urinaire n'a pas été mise en place initialement). Des ballonnements intestinaux désagréables peuvent également survenir. Si des paralysies ou des troubles de la sensibilité dans la région du fessier et / ou de l'anus apparaissent ou s'aggravent, il faut nous en informer immédiatement.
• Afin de ne pas faire supporter trop de contraintes aux vertèbres fixées entre elles, la position assise peut être interdite pendant un certain temps, et le port d'un corset orthopédique peut être également conseillé durant une période plus ou moins longue : votre chirurgien et votre kinésithérapeute vous renseigneront.

LES RISQUES ENCOURUS : LES RISQUES PROPRES A TOUTE INTERVENTION.

L'anesthésie, qu'elle soit générale, péridurale, locorégionale ou locale, comporte ses propres risques (les médecins anesthésistes vous donneront toutes les explications nécessaires lors des consultations spécifiques préopératoires auxquelles il est indispensable que vous vous rendiez, dans les plus brefs délais).
La plupart des traitements médicaux, curatifs, ou même préventifs (comme les anticoagulants ou les anti-biotiques), même considérés usuellement comme banal ou anodins, comportent leurs propres risques de complication (hématomes, hémorragies, allergies, etc…) ou d'effets secondaires (digestifs, sanguins, dermatologiques, etc…).
D'une manière générale, l'acceptation d'une prise de risque de complication ou d'incident, même exceptionnel, mais éventuellement grave, est la contrepartie inévitable de l'efficacité du traitement proposé, quel qu'il soit, même médical.
L'absence de traitement elle-même n'est jamais dénuée de risque.
La chirurgie a ses limites, et ne permet jamais de refaire aucun organe, aucune articulation, à l'identique de la nature ; d'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles), le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu ; un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables. La plupart de ces complications guérissent sans séquelles, d'autres nécessitent un traitement approprié, parfois même une nouvelle intervention chirurgicale ; certaines peuvent laisser persister des séquelles fonctionnelles graves et définitives.

QUELQUES RISQUES PROPRES A CETTE CHIRURGIE SONT :

• Des troubles de la sensibilité dans le membre inférieur (engourdissements), qui peuvent réapparaître ou s'accentuer. L'expérience montre qu'ils disparaissent généralement de façon progressive.
• Le risque d'une paralysie partielle ou totale d'un segment musculaire (au niveau du pied le plus souvent). Ceci peut être temporaire mais malheureusement aussi définitif.
• Le risque de fuite du liquide céphalo-rachidien impose le lit pendant 4 à 5 jours. Cette complication peut survenir même si, lorsque les méninges sont déchirées pendant l'intervention, elles sont recousues.
• Comme toute opération impliquant une greffe osseuse, le risque d'absence de consolidation ne doit pas être écarté, il est favorisé par : diabète, artérite, tabagisme, alcool.
• Le risque d'infection demeure inférieur à 1 % mais c'est un vrai problème car il ne peut être totalement supprimé. L'important est de le prendre en charge avec des médecins infectiologues c'est-à-dire avec des médecins spécialistes de l'infectiologie.
• Certains risques sont liés à la position «à plat ventre» du patient pendant l'intervention : compression oculaire pouvant aller jusqu'à des troubles majeurs de la vision, les nerfs des membres inférieurs ou supé-rieurs peuvent être atteints ; dans de rares cas particuliers ces lésions persistent.
• Il peut y avoir formation de caillots sanguins (thrombose) et migration, voire obstruction d'un vaisseau (embolie) plus exceptionnelles sont les plaies vasculaires.

Tous ces éléments informatifs sont conformes aux dernières exigences de la jurisprudence en matière d'in-formation préopératoire.

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. L'énumération des ris-ques encourus ne peut pas être exhaustive. Une 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.