

Passeport RACHIS

DISCOPATHIE LOMBAIRE
ARTHRODÈSE ANTÉRIEURE

SERVICE DE NEUROCHIRURGIE ET CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
DR PORTELLA - DR BOSCA

NOM DU PATIENT :

NOM DU KINÉ :

DATE DE CHIRURGIE :

NIVEAU À OPÉRER :



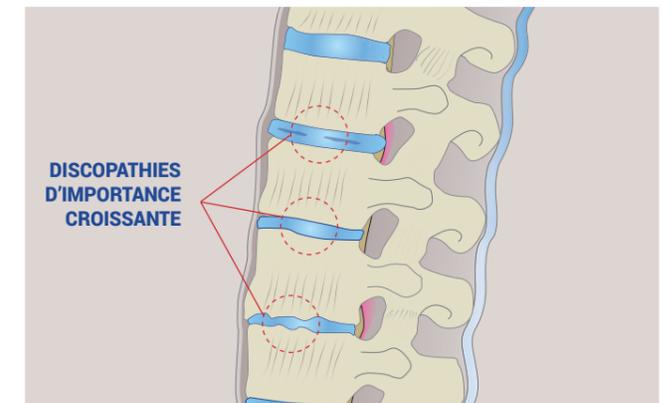
QU'EST-CE-QUE LA DISCOPATHIE LOMBAIRE ?

LE DISQUE EST LA SEULE PARTIE DU CORPS HUMAIN À NE PAS ÊTRE VASCULARISÉ DIRECTEMENT MAIS INDIRECTEMENT PAR LES VERTÈBRES ADJACENTES. IL DÉGÉNÈRE NATURELLEMENT À PARTIR DE 25-30 ANS, CETTE DÉGÉNÉRESCENCE EST LENTE ET STABLE MAIS SON ÉVOLUTION EST FORTEMENT LIÉE À LA GÉNÉTIQUE ET AU TABAGISME, MOINS EN RAPPORT AVEC LE TRAVAIL COMME LE PORT DE CHARGES LOURDES OU DES VIBRATIONS RÉPÉTÉES.

La discopathie lombaire est très fréquente et souvent responsable de douleurs nocturnes et diurnes invalidantes. Elle apparaît quand la zone d'union entre deux vertèbres s'abîme, le disque vertébral. Le disque va perdre en hauteur, se dessécher et perdre ses capacités d'amortisseur entraînant l'instabilité douloureuse classique. Cette instabilité va générer de l'inflammation et des lombalgies. La discopathie peut toucher un ou plusieurs disques.

Au début de la pathologie discale, le disque va souvent présenter un simple bombement à sa partie postérieure, c'est la protrusion discale, qui peut se traduire par des lombalgies plus ou moins aiguës, parfois des sensations de blocage lombaire (lumbago).

Dans certaines conditions si la dégradation s'aggrave ou au décours d'un effort il peut apparaître une hernie discale à sa partie postérieure au contact des nerfs et provoquer une sciatique (L5-S1) ou une cruralgie (L2-L3-L4). Toutes les sciatiques ou cruralgies ne proviennent pas exclusivement d'une hernie discale et une hernie discale peut être totalement asymptomatique.



Vous allez être opéré(e) d'une lésion discale. Ce document a pour but de vous aider à reprendre progressivement vos activités quotidiennes et de loisir. Ce document n'est pas exhaustif mais il contient les principales informations nécessaires au bon déroulement de votre suivi pré et postopératoire.

Il doit être utilisé lors de votre préparation préopératoire et après avoir pris connaissance de votre compte rendu opératoire remis à la sortie de l'hôpital.

PRÉSENTEZ-LE UNIQUEMENT AUX ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS :

- CONSULTATIONS CHIRURGICALES
- CONSULTATIONS MÉDICALES
- SÉANCES DE RÉÉDUCATION
- LORS DE L'HOSPITALISATION



L'ÉVOLUTION NATURELLE DE LA DISCOPATHIE LOMBAIRE

L'évolution clinique est variable, les douleurs peuvent se stabiliser, s'aggraver ou s'améliorer, le temps nécessaire peut se compter en mois ou en années. En cas d'aggravation clinique, les douleurs peuvent vous limiter dans vos activités professionnelles ou personnelles.

La discopathie ne guérit pas car le disque ne retrouve plus son état d'avant. Si l'évolution est lente et stable, les douleurs aiguës s'atténuent progressivement, laissant place à des douleurs chroniques, le disque se tasse fortement, il peut apparaître à plus long terme des phénomènes arthrosiques.

Les lombalgies chroniques en lien avec la discopathie peuvent se voir accompagnées de lombalgies aiguës (lumbago) en cas de faux mouvements ou d'efforts importants.

LA PRISE EN CHARGE

LA PREMIÈRE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EST MÉDICALE AVANT TOUT. VOTRE VOTRE MÉDECIN TRAITANT EST VOTRE INTERLOCUTEUR RÉFÉRENT, IL PEUT VOUS PRESCRIRE DES ANTALGIQUES, DES ANTI-INFLAMMATOIRES OU DES MYORELAXANTS EN CAS DE CRISES DOULOUREUSES. CES CRISES DOULOUREUSES NE SONT JAMAIS UNE INDICATION POUR UNE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE EN URGENGE.

Quand les lombalgies deviennent chroniques il est nécessaire de débiter une prise en charge rééducative avant toute discussion chirurgicale. Votre kinésithérapeute entre en jeu afin de vous proposer une rééducation adaptée à votre pathologie avec des exercices physiques efficaces permettant de protéger votre dos tout en le renforçant afin de diminuer les symptômes de la lombalgie discogénique. Il vous apprendra aussi l'hygiène posturale essentielle pour éviter les positions à risques de douleurs.

En cas d'échec du traitement médicale et rééducatif, et que les douleurs deviennent invalidantes dans votre vie quotidienne et professionnelle, on peut envisager une prise en charge chirurgicale afin de traiter l'origine de vos douleurs.



L'INTERVENTION SE DÉROULE SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE, LE CHIRURGIEN ACCÈDE À LA COLONNE VERTÉBRALE PAR UNE INCISION SUR LA PARTIE BASSE DE L'ABDOMEN AU MILIEU, EN PASSANT À COTÉ DES VISCÈRES (VOIE RÉTROPÉRITONÉALE). LA DURÉE DE L'INTERVENTION EST DE DEUX HEURES ENVIRON. LA LONGUEUR DE L'INCISION DÉPEND DE L'EMPLACEMENT ET DU NOMBRE DES VERTÈBRES À CONSOLIDER.

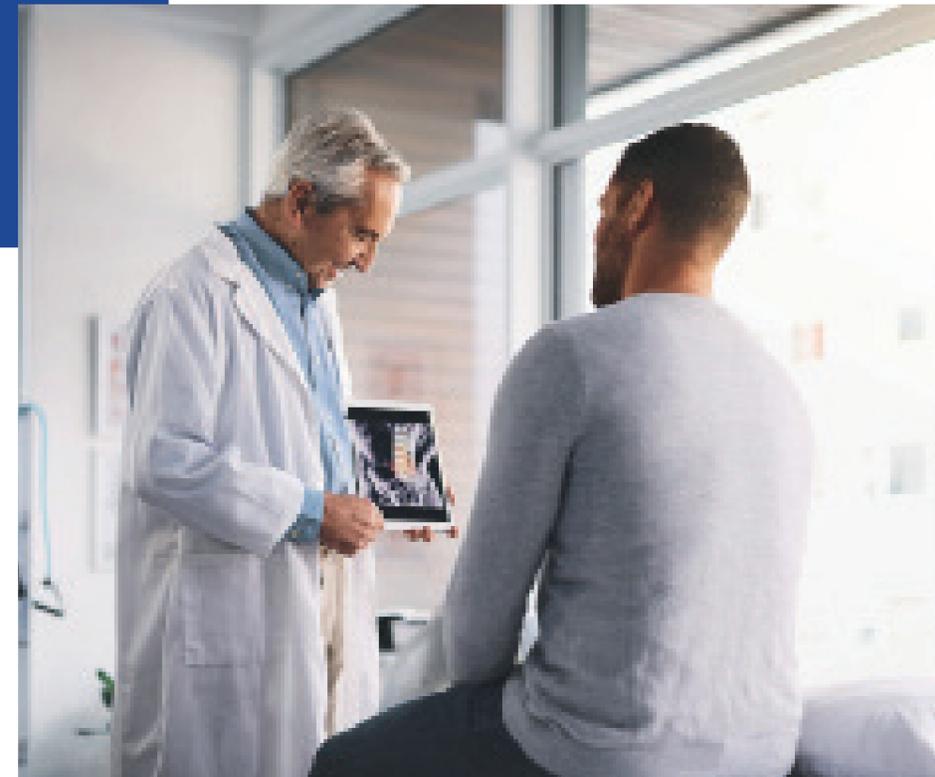
L'objectif est d'enlever le disque malade et l'inflammation qu'il génère afin de soulager l'instabilité et les douleurs générés. On peut soit fusionner les vertèbres par une arthrodèse soit garder la mobilité par une arthroplastie. L'arthrodèse par voie antérieure consiste à fixer les deux vertèbres séparées par le disque pathologique en abordant la colonne par devant. Elle nécessite la mise en place, après avoir enlevé le disque malade, d'une cage entre les deux vertèbres permettant de maintenir une hauteur et une stabilité. cette cage est rempli d'os, soit de votre crête iliaque, soit à partir d'os de banque afin d'obtenir une bonne fusion osseuse entre le vertèbres. Il peut être nécessaire de réaliser une fixation postérieure afin de maintenir une parfaite stabilité de l'arthrodèse.

Avec cette chirurgie, on corrige à la fois un déséquilibre possible en restituant une courbure harmonieuse de votre colonne vertébrale et l'instabilité résultante de la discopathie. Si le diaphragme (muscle qui sépare le thorax et l'abdomen) est ouvert pour accéder à des vertèbres lombaires hautes, un drain supplémentaire dit «thoracique» sera placé et nécessitera une surveillance en unités de soins rapprochés.

La perte sanguine durant l'intervention est variable en fonction du patient, de l'étendue de l'arthrodèse, de la durée d'intervention et des complications éventuelles.

L'INTERVENTION

SON OBJECTIF EST D'ENLEVER LE DISQUE MALADE ET DE SOUDER LES DEUX VERTÈBRES. EN ACCORD AVEC VOTRE CHIRURGIEN, ET SELON LA BALANCE BÉNÉFICE-RISQUE, IL VOUS A ÉTÉ PROPOSÉ UNE ARTHRODÈSE LOMBAIRE ANTÉRIEURE. LE CHIRURGIEN VOUS A EXPLIQUÉ LES AUTRES ALTERNATIVES DONT SON ÉVOLUTION NATURELLE. IL VA DE SOI QUE VOTRE CHIRURGIEN POURRA, LE CAS ÉCHÉANT EN FONCTION DES DÉCOUVERTES PER OPÉRATOIRES OU D'UNE DIFFICULTÉ RENCONTRÉE, PROCÉDER À UNE AUTRE TECHNIQUE JUGÉE PAR LUI PLUS PROFITABLE À VOTRE CAS SPÉCIFIQUE.



LES SUITES OPÉRATOIRES

DOULEURS: LES SUITES DE L'INTERVENTION SONT PEU DOULOUREUSES, BIEN CONTRÔLÉES PAR LE TRAITEMENT ANALGÉSIQUE. HABITUELLEMENT, LES DOULEURS RADICULAIRES DISPARAISSENT RAPIDEMENT, LES DOULEURS LOMBAIRES PLUS LENTEMENT, EN QUELQUES SEMAINES MAIS ELLES PRÉSENTENT UNE AMÉLIORATION EN POST OPÉRATOIRE IMMÉDIAT.

Vous êtes en général autorisé à vous lever le soir même ou le lendemain de votre intervention. La durée d'hospitalisation varie entre 2 et 5 jours. 24 à 48h sont parfois nécessaires pour retrouver un transit intestinal. La marche est recommandée. L'arrêt de travail est, selon les professions, de 1 à 3 mois, parfois plus.

Le risque de phlébite est rare en raison d'un lever précoce. Il est habituel de prescrire un traitement anticoagulant postopératoire pendant la durée d'hospitalisation, parfois plus longtemps selon vos facteurs de risques. Les fils ou agrafes cutanées sont enlevés à 12 jours postopératoires. Une radiographie postopératoire est réalisée, après votre intervention, au cours de l'hospitalisation.

Les séances de kinésithérapie débuteront le jour suivant votre intervention afin de travailler les bonnes positions de levé et prévenir des positions pouvant être douloureuses. À votre sortie d'hospitalisation, le travail de rééducation continuera par la marche régulière et le suivi avec votre kinésithérapeute.

La position assise n'est pas contre-indiquée mais à observer dans de bonnes conditions. Le transport en voiture n'est pas contre-indiqué mais il faut envisager, selon vos douleurs, des arrêts fréquents.

Vous n'aurez aucune limitation particulière dans votre vie quotidienne hormis le port de charges lourdes.



LE RETOUR À DOMICILE SE FERA EN VOITURE PERSONNELLE, EN VSL OU EN AMBULANCE SELON VOTRE ÉVOLUTION CLINIQUE.

LES ORDONNANCES DE SOINS DE PANSEMENTS ET D'ANTALGIQUES VOUS SERONT FOURNIES, À PRENDRE DE FAÇON SYSTÉMATIQUE LES 7 PREMIERS JOURS.

UN COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION ET LE COMPTE RENDU OPÉRATOIRE VOUS SERONT REMIS.

CONCERNANT LES POSSIBLES COMPLICATIONS, SE RÉFÉRER AU DOCUMENT QUI VOUS SERA REMIS PAR LE SECRÉTARIAT.

PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION D'UNE LÉSION DISCALE ANTÉRIEURE OPÉRÉE

La lésion discale antérieure est la conséquence de l'augmentation des pressions dans la partie avant de la colonne vertébrale. Elle est due au manque de maintien de la lordose lombaire lors des inflexions du tronc en avant.

Pour la limiter, il est indispensable d'assimiler que la perte de cette cambrure physiologique entraîne un écrasement du disque dans sa partie avant. Par cette compression, elle fait reculer le disque et vient irriter le système ligamentaire puis nerveux situé à l'arrière.

Le chirurgien, par son geste d'arthrodèse, va bloquer la mobilité de 2 vertèbres et installer un écarteur pour maintenir la courbure lombaire. Cette technique d'arthrodèse structurale peut être accompagnée de façon fonctionnelle par une prise en charge rééducative lordosante décrite dans ses pages.

En effet, l'antéversion du bassin autour des hanches permet de réaliser une lordose lombaire pour décompresser le disque intervertébral. Plusieurs éléments permettent de gagner cette position dans les gestes quotidiens :

- > la prise de conscience de l'outil de réglage qu'est le bassin,
- > la mise en étirement des muscles limitant cette antéversion,
- > le maintien postural

Ils vont permettre d'automatiser les nouveaux gestes protecteurs sécurisant le rachis

Des explications simples, des supports pédagogiques explicites (squelette articulé, planche d'anatomie fonctionnelle) aident à visualiser l'organisation de la colonne vertébrale. On insiste sur les **trois courbures mobiles**, dont le socle (bassin) devient l'outil de réglage permettant de protéger les charnières. De même, la découverte du rôle des **ceintures pelviennes et scapulaires** permet d'optimiser la fonction des membres supérieurs et inférieurs.

Ce protocole décrit des exercices pour la rééducation d'une lésion discale antérieure opérée. Il ne représente pas une liste exhaustive de tous les exercices pouvant être utilisés. D'autres exercices pourront être ajoutés en fonction de l'expérience du thérapeute en respectant les principes de base de la rééducation d'une lésion discale.

Les « objectifs à atteindre pour la consultation » sont les objectifs que les chirurgiens souhaiteraient retrouver chez les patients à J30, J60, 1 an.

Aucun patient n'évoluant de la même façon, certains objectifs peuvent être décalés dans le temps.

Le passage d'une phase à la suivante est conditionné par la validation des objectifs.

La proposition de rééducation suivante pourra être déclinée puis adaptée dans une optique d'éducation thérapeutique et de prise en charge pré et postopératoire.

ÉTAPE 1

LA PRISE DE CONSCIENCE CORPORELLE

à travers l'action du réglage du bassin sur les courbures

ÉTAPE 2

RÉ-ACQUISITION DU MOUVEMENT AU QUOTIDIEN

Maintien de la gestuelle quotidienne comme trame des exercices sans limite ni évitement

ÉTAPE 3

RÉADAPTATION À L'EFFORT

Vers une reprise de l'activité physique et professionnelle.

1^{RE} PHASE : PRÉOPÉRATOIRE

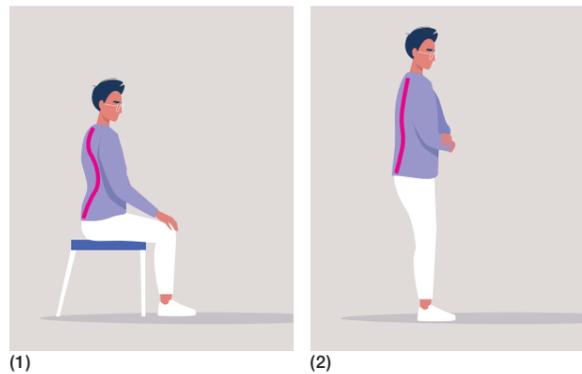
OBJECTIFS :

- > FAIRE COMPRENDRE AU PATIENT LA CAUSE DE SA LÉSION DISCALE ANTÉRIEURE
- > LEVER LES TENSIONS MUSCULAIRES
- > ÉTIRER LES MUSCLES HYPO EXTENSIBLES
- > INTÉGRER UNE GESTUELLE ADAPTÉE
- > TRAVAIL TISSULAIRE
 - DÉTENTE MUSCULAIRE
 - LEVER LES ADHÉRENCES LOMBAIRES
 - DERMALGIES ET SYNDROMES MYOFACIAUX
- > TRAITEMENTS MANUELS, (INTÉRÊT DU CELLU M6® / TRACÉS ET RÉGLAGES ADAPTÉS AUX OBJECTIFS)



EXERCICES

- Étirements des plans sous-pelviens et de la chaîne postérieure
- Prise de conscience de la mobilité du bassin et des conséquences sur le placement lombaire
- Éducatif des transferts allongé-assis et levé d'une chaise
- Apprentissage du placement de la ceinture de soutien lombaire
- Apprentissage de la position assise **à automatiser**⁽¹⁾
- Apprentissage de la position debout **à automatiser**⁽²⁾
(pertinence des protocoles HUBER® sans mobilité plateau)



BILAN KINÉ/MÉDICAL PRÉOPÉRATOIRE			
	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRES
Extensibilité des muscles de la chaîne postérieure et des pelvi trochantériens (pyramidal)			
Placement assis en lordose physiologique			
Transferts allongé/assis/debout			
Optionnel : tests de coordination HUBER® en position assise automatisée*			

*applicable uniquement lorsque le patient a acquis le placement

2^E PHASE : J.0 – J.30

OBJECTIFS :

- > VERTICALISATION, TRANSFERTS
- > TRAVAIL TISSULAIRE : LEVÉES DES CONTRACTURES, TRAVAIL CICATRICIEL À DISTANCE (DÉTENTE MUSCULAIRE, LEVER LES ADHÉRENCES LOMBAIRES, DERMALGIES ET SYNDROMES MYOFACIAUX)

EXERCICES

- Reprendre la notion de placement, maintien et gainage en lordose active
- Utilisation de la flexion des hanches pour se lever et s'asseoir
- Travail tissulaire cicatriciel et contractures, massage manuel (intérêt du Cellu M6®)
- Progressivement mobilisation active des membres inférieurs
- Début de travail d'étirement des muscles des membres inférieurs (pertinence des protocoles HUBER® sans mobilité plateau)

BILAN KINÉ/MÉDICAL POST-OPÉRATOIRE			
	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRES
Placement assis en lordose physiologique			
Transferts allongé/assis/debout			
Douleur neuropathique et/ou nociceptive (syndrome myofacial)			
État cicatriciel			
Optionnel : Tests de coordination HUBER® en position assise automatisée			

*applicable uniquement lorsque le patient a acquis le placement

3^E PHASE : J.30 – J.60

OBJECTIFS :

- > VÉRIFIER L'ACQUISITION DES OBJECTIFS DE LA 2^E PHASE
- PRISE DE CONSCIENCE DE L'INCLINAISON ANTÉRIEURE EN CONSERVANT LA LORDOSE LOMBAIRE
- > PRISE DE CONSCIENCE DU MAINTIEN EN DÉLORDOSE EN POSITION DEBOUT
- > ETIREMENT DES PLANS MUSCULAIRES
- > RENFORCEMENT EN STATIQUE DES DIFFÉRENTS GROUPES MUSCULAIRES SANS OUBLIER LE PLACEMENT LOMBAIRE
- > SUITE DU TRAVAIL CICATRICIEL ET TISSULAIRE (PERTINENCE DU CELLU M6®)

EXERCICES

- Ré-acquisition du mouvement au quotidien, maintien de la gestuelle quotidienne comme trame des exercices sans limite ni évitement
- Réglage de la flexion des hanches pour l'inclinaison antérieure du tronc
- Musculation active
- Etirements
- Exercices possibles sur HUBER® (symétriques et asymétriques) position assise sans mobilité plateau. Position debout avec mobilité adaptée du plateau.
- Re-acquisition des gestes de la vie quotidienne, rachis sécurisé en position acquise



4^E PHASE : J.60 – 1 AN

OBJECTIFS :

- > RECONDITIONNEMENT À L'EFFORT (SUITE À L'AVIS DU CHIRURGIEN)
- > REPRISE D'ACTIVITÉS PROFESSIONNELLE, PHYSIQUES ET SPORTIVES (SELON L'AVIS DU CHIRURGIEN)
- > TRAVAIL TISSULAIRE ET CICATRICIEL SI BESOIN (INTÉRÊT DU CELLU M6®)

EXERCICES

- Poursuite de la ré-acquisition du mouvement au quotidien (voir 3^e phase) puis passage progressif à la réadaptation à l'effort, vers une reprise de l'activité physique et professionnelle
- Gestion des efforts
- Mouvements combinés
- Adaptation personnelle et individuelle du travail, (possible sur HUBER®, plateau mobile très progressivement)

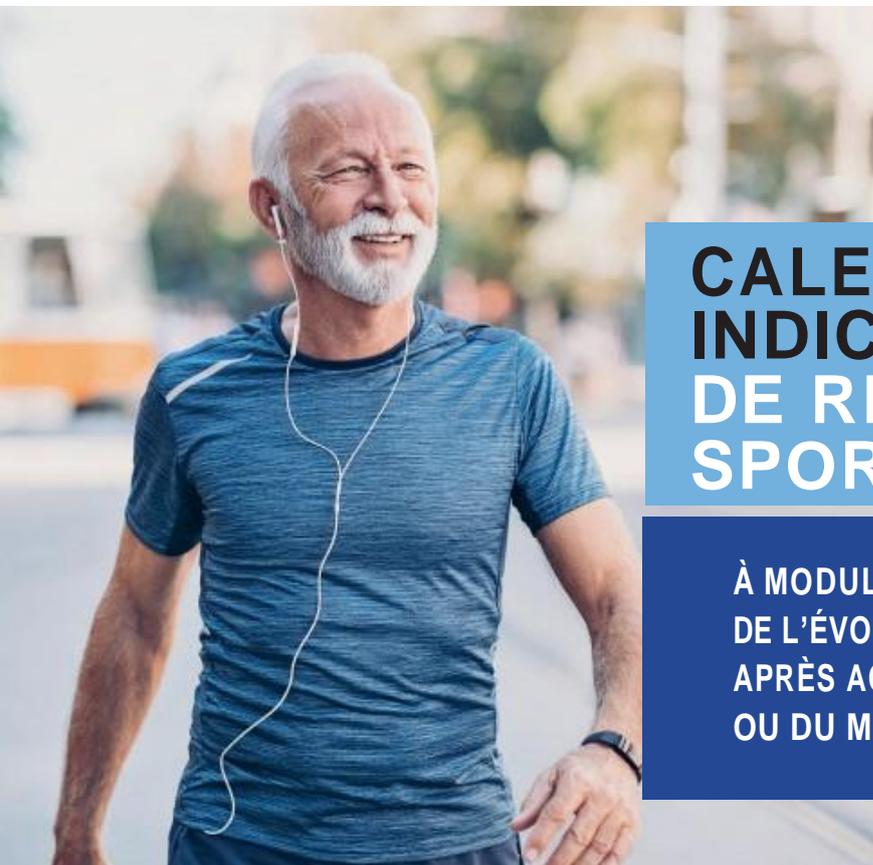
Tout peut se faire tant que le placement lombaire est respecté

BILAN KINÉ/MÉDICAL POSTOPÉRATOIRE

	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRES
Placement assis en lordose physiologique			
Transferts ramassage objet			
Douleur neuropathique et/ou nociceptive (syndrome myofacial)			
État cicatriciel			

BILAN KINÉ/MÉDICAL POSTOPÉRATOIRE

	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRES
Placement assis en lordose physiologique			
Automatisation de la gestuelle globale			
Douleur résiduelle			
État cicatriciel			



CALENDRIER INDICATIF DE REPRISE SPORTIVE

À MODULER EN FONCTION
DE L'ÉVOLUTION ET UNIQUEMENT
APRÈS ACCORD DU CHIRURGIEN
OU DU MÉDECIN DU SPORT :

MARCHE DÈS J0

6 À 12 SEMAINES

- Nage sur le dos
- Vélo d'appartement
- Marche rapide

3 MOIS

Sports non traumatiques et en absence de douleur

6 À 8 MOIS

Reprise des sports traumatiques de façon progressive

8 À 9 MOIS

Vie normale