

Passport **RACHIS**

CANAL LOMBAIRE ÉTROIT

**SERVICE DE NEUROCHIRURGIE ET CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
DR PORTELLA - DR BOSCA**

NOM DU PATIENT :

NOM DU KINÉ :

DATE DE CHIRURGIE :

NIVEAU À OPÉRER :



Ramsay Santé

Hôpital privé de Bois-Bernard

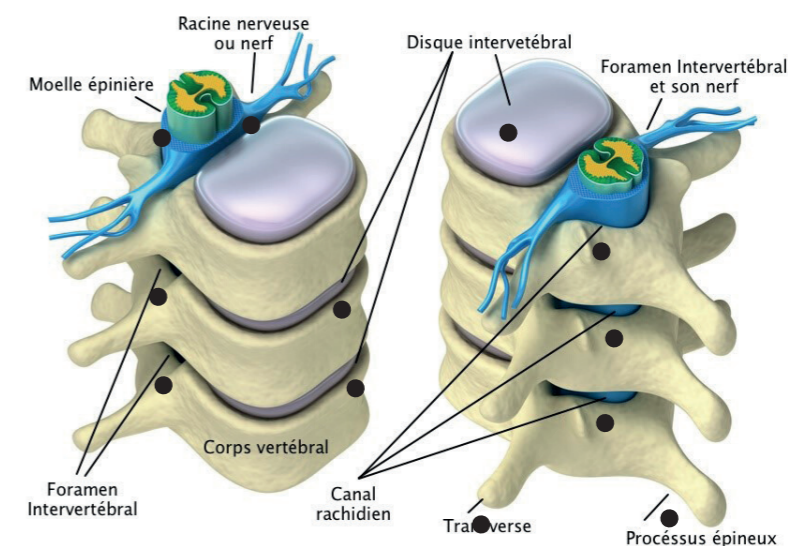
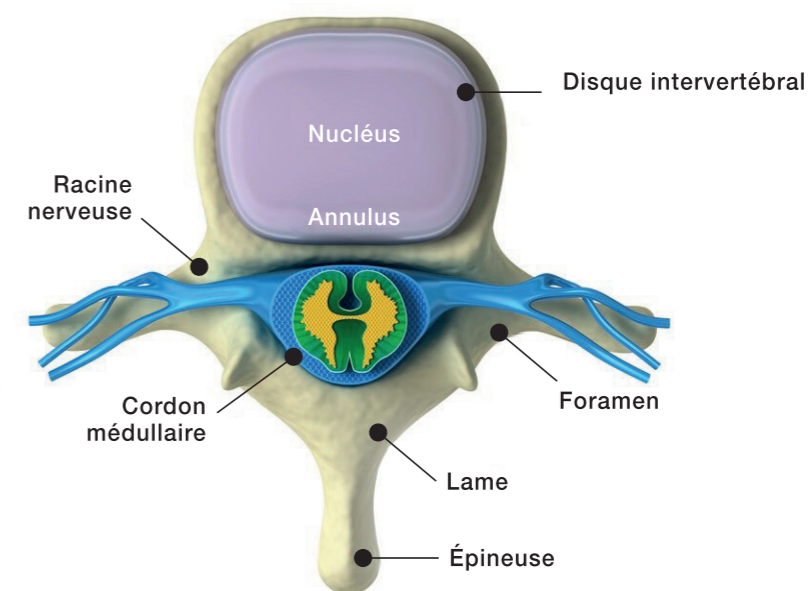


QU'EST-CE-QUE LE RACHIS LOMBAIRE ?

LA COLONNE VERTÉBRALE LOMBAIRE (OU RACHIS LOMBAIRE) EST CONSTITUÉE DE 5 VERTÈBRES, EMPILÉES LES UNES SUR LES AUTRES, ET RELIÉES ENTRE ELLES PAR UN DISQUE INTERVERTÉBRAL. CHAQUE VERTÈBRE LOMBAIRE PRÉSENTE DANS SA PARTIE POSTÉRIEURE UN « TROU », OU CANAL RACHIDIEN, AU SEIN DUQUEL SONT PROTÉGÉES LES STRUCTURES NERVEUSES, LA MOELLE ÉPINIÈRE ET LES RACINES NERVEUSES À PARTIR DE L2.

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. Ce canal lombaire est normalement assez large pour protéger le sac dural. Parfois, à cause d'une anatomie congénitale particulière (canal lombaire étroit constitutionnel) ou à cause d'une arthrose postérieure (canal lombaire étroit dégénératif), celui-ci peut se rétrécir progressivement et entraîner une compression de son contenu, les racines nerveuses.



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

PRÉSENTEZ-LE UNIQUEMENT AUX ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS :

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

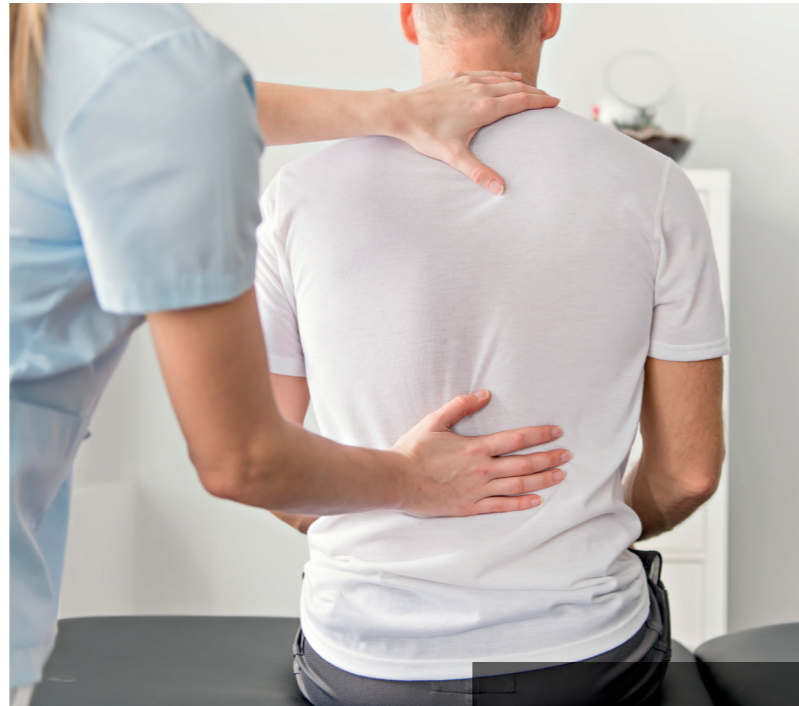
QU'EST-CE-QUE LE CANAL LOMBAIRE ÉTROIT ?

VOUS SOUFFREZ D'UNE STÉNOSE DU CANAL LOMBAIRE, APPELÉ AUSSI CANAL LOMBAIRE ÉTROIT. IL S'AGIT DU RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL CENTRAL DE LA COLONNE VERTÉBRALE DANS SA PARTIE BASSE (LOMBAIRE), RESPONSABLE D'UNE COMPRESSION DES RACINES NERVEUSES ET DU SAC QUI LES CONTIENT. CETTE STÉNOSE APPARAÎT GÉNÉRALEMENT CHEZ LES PATIENTS DE PLUS DE 50 ANS.

Les signes cliniques associent des douleurs radiculaires comme des sciatiques et/ou des cruralgies et des signes d'étranglement du canal central appelé claudication « radiculaire » se traduisant par une difficulté progressive à la marche avec réduction du périmètre de marche, des fourmillements ou engourdissements dans les jambes obligeant à un arrêt fréquent avant de repartir.

Les causes sont multiples : il peut s'agir d'un canal rachidien étroit dit constitutionnel (acquis à la naissance mais non héréditaire) ou beaucoup plus souvent dit dégénératif en rapport avec des lésions arthrosiques parfois associées à une hernie discale.

C'est au départ un affaissement de la hauteur du disque séparant deux vertèbres (normal avec l'âge car le disque se déshydrate) provoquant une pression excessive sur les articulations postérieures qui entraîne l'arthrose, l'épaississement des ligaments et la fermeture du canal de sortie des racines et du canal central.



L'ÉVOLUTION CLINIQUE SPONTANÉE EN ABSENCE DE TRAITEMENT

L'arthrose progresse lentement et conduit à un rétrécissement plus important gênant de plus en plus la marche expliquant l'aggravation progressive des symptômes (réduction du périmètre de marche) conduisant parfois à un état grabataire. Il n'y a pas de règle évolutive et aucune prédiction ne peut être faite.

C'est surtout l'analyse de la rapidité d'évolution qui peut nous aider à prendre une décision de libération chirurgicale ou en cas de déficit neurologique si les racines sont très comprimées.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographies standards pour détecter une instabilité sous-jacente pouvant compliquer la pathologie. L'IRM permet d'examiner le système nerveux, les disques, les muscles, les capsules articulaires... C'est l'examen le plus utile pour évaluer un canal lombaire étroit.

QUELLE PRISE EN CHARGE POSSIBLE ?

Les traitements médicaux doivent vous être proposés avant toute décision chirurgicale (hors urgence chirurgicale en cas de paralysie). Ils associent traitement rééducatif avec votre kinésithérapeute et traitements médicamenteux (antalgiques, anti-inflammatoires et parfois infiltration). Ils peuvent améliorer votre qualité de vie mais ne permettent pas une guérison des lésions.



AVANT LA CHIRURGIE

Certaines règles sont à respecter pour espérer les résultats les plus aboutis :

- Arrêt du tabac au moins deux semaines avant et après la chirurgie afin de diminuer le risque infectieux,
- Equilibrer le diabète le cas échéant afin de diminuer le risque de complications postopératoires,
- Apprendre les gestes de protection lombaire avant la chirurgie afin de bien les appliquer en postopératoire pour ne pas se blesser inutilement.
- Bien observer les séances de kinésithérapies avant la chirurgie afin de renforcer les muscles du bas du dos en prévision de la chirurgie.
- Observer le traitement prescrit de renutrition préopératoire par fer, vitamines et protéines afin de diminuer le risque infectieux en peropératoire et les douleurs en postopératoire.
- Ne pas hésiter à poser des questions au moindre doute, nous sommes là pour y répondre et vous rassurer.



LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention chirurgicale (libération canalaire par recalibrage ou laminectomie) dont vous allez bénéficier consiste à redonner au canal lombaire un calibre suffisant et de supprimer toute compression au niveau des racines nerveuses. Celle-ci n'intervient qu'en cas d'échec du traitement médical, sur demande du patient, quand la situation n'est plus tolérable au quotidien.

Chaque niveau comprimé doit être traité au niveau du canal central ainsi qu'au niveau des canaux de sortie des racines (foramen).

Il est quelquefois nécessaire d'y ajouter une arthrodèse (la fusion de deux ou plusieurs vertèbres entre elles) pour éviter que leurs mouvements exagérés soient aussi un facteur de compression neurologique en cas d'instabilité préexistante.

La planification de cette intervention et le choix des différents temps opératoires (réalisation ou non d'une greffe, présence ou non de matériel métallique) est décidée après l'examen clinique réalisé en consultation par votre chirurgien, et au vu des examens complémentaires.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une libération postérieure pour sténose lombaire seule. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. 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.



L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Après la réalisation de l'anesthésie générale, vous serez installé(e) sur une table spéciale, à plat ventre, de manière à permettre l'abord de la colonne lombaire par l'arrière. Le niveau à opérer est repéré radiologiquement. On incise alors longitudinalement, les muscles sont écartés et la libération du canal central puis des canaux de sortie des racines est réalisée. Le développement de techniques mini-invasives et microchirurgicales utilisées dans notre centre permet de limiter les lésions musculaires sans compromis sur l'efficacité du geste réalisé, en modifiant et en adaptant la voie d'abord chirurgicale.

Il peut cependant parfois être utile d'enlever la totalité de l'arc postérieur de la vertèbre (laminectomie). La durée de l'intervention est variable mais il faut compter en général 1h par niveau de sténose lombaire. La plaie opératoire est refermée par un fil résorbant. Les nœuds doivent être coupés à J12 de la chirurgie avec des soins de pansements réguliers tous les 2 jours pendant 12 jours.

LES SUITES OPÉRATOIRES

Vous serez couché sur le dos, le premier lever pourra être réalisé en fonction de votre récupération dès le jour de l'intervention à votre retour en chambre. Les kinésithérapeutes vous aideront à faire travailler les principaux muscles de vos membres inférieurs et vous apprendront les manœuvres utiles pour vous lever, vous coucher, vous asseoir, vous baisser, sans risque pour votre dos.

Vous trouverez dans ce passeport toutes les consignes des kinésithérapeutes afin de commencer à travailler le bas du dos et de le protéger. Dès le premier jour post-opératoire en cas d'absence de verticalisation et de marche, un traitement anticoagulant vous sera administré sous la forme d'une injection quotidienne. Le but est de prévenir l'apparition d'une phlébite qui peut avoir des conséquences graves.

La sortie de l'hôpital pourra être envisagée dès J+1 si votre état clinique le permet, après évaluation par notre équipe médicale et dès que vous aurez retrouvé une certaine autonomie grâce à la rééducation. Le retour à domicile est la règle, mais un transfert en maison de rééducation est possible. Les séances de kinésithérapie doivent commencer dans la semaine qui suit la chirurgie afin de maximiser les résultats et votre récupération clinique.

LES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Le but de l'intervention est de supprimer les douleurs dans les membres inférieurs et éventuellement les déficits neurologiques qui les accompagnent pour améliorer le périmètre de marche. Les résultats sont régulièrement bons à court et à long terme. Les résultats définitifs sont établis habituellement aux alentours du troisième mois.

L'amélioration des douleurs lombaires est plus limitée, car l'arthrose lombaire persiste. Ce traitement n'a pas pour but premier de les traiter, la chirurgie peut même générer des douleurs lombaires qui vont progressivement s'estomper avec le temps et la rééducation.

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.
---	---	--	--

LES FONDAMENTAUX DE LA RÉÉDUCATION DU 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 3 mois et 6 mois. 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.

1 LA PRISE DE CONSCIENCE CORPORELLE À TRAVERS L'ACTION DU RÉGLAGE DU BASSIN SUR LES COURBURES

2 RÉ-ACQUISITION DU MOUVEMENT AU QUOTIDIEN MAINTIEN DE LA GESTUELLE QUOTIDIENNE COMME TRAME DES EXERCICES SANS LIMITE NI ÉVITEMENT

3 RÉADAPTATION À L'EFFORT VERS UNE REPRISE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET PROFESSIONNELLE.

1^{RE} PHASE : PRÉOPÉRATOIRE

OBJECTIFS :

- > SOULAGER LA COMPRESSION
- > PRÉPARER AU TRAVAIL POST OPÉRATOIRE

EXERCICES

- PRISES DE CONSCIENCE DES MOBILITÉS PELVIENNES
- APPRENTISSAGE DE LA DISSOCIATION LOMBO PELVI FÉMORALE
- APPRENTISSAGE DU VERROUILLAGE EN RÉTROVERSION
- DIMINUER LES TENSIONS DES PELVI TROCHANTÉRIENS
- ÉTIREMENT ISCHIO-JAMBIERS ET DROIT FÉMORAL
- TONIFICATION DE LA SANGLE ABDOMINALE
- RÉCUPÉRATIONS DES ESPACES TISSULAIRES DE GLISSEMENT (INTÉRÊT DU CELLU M6)

(PERTINENCE DE HUBER POUR LE TRAVAIL FONCTIONNEL DES ABDOMINAUX ET DU VERROUILLAGE LOMBO PELVIEN)

BILAN KINÉ/MÉDICAL PRÉOPÉRATOIRE			
	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRES
Extensibilité des muscles de la chaîne postérieure et des pelvi trochantériens (pyramidal)			
Placement assis en position neutre ou délordose			
Transfert allongé/assis/debout			
TESTS HUBER FACULTATIFS*			
Coordination en chaîne croisée (pieds parallèles zone centrale)	Pousser G : Tirer D :	Pousser D : Tirer G :	
Test force chaîne parallèle (pieds parallèles zone centrale)	Pousser G : Pousser D :		

*Plateau immobile (pour que ce soit reproductible) on ne peut prédire quelles seront les capacités de gestion des amplitudes et vitesse du patient.

2^E PHASE : DE 0 À 3 MOIS

OBJECTIFS :

- > AUTONOMIE POUR LE RETOUR À DOMICILE (VERTICALISATION, APPRENTISSAGES DES TRANSFERTS)
- > RETROUVER UN PÉRIMÈTRE DE MARCHÉ COMPATIBLE AVEC LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE
- > AMÉLIORATION DES CAPACITÉS AÉROBIES
- > ASSOUPPLISSEMENT TISSULAIRE
- > RENFORCEMENT DES MUSCLES SPINAUX, ABDOMINAUX ET ILIO-PSOAS
- > RENFORCEMENT DES MUSCLES DES MEMBRES INFÉRIEURS
- > AMÉLIORATION DES CAPACITÉS PROPRIOCEPTIVES DU TRONC ET DES MEMBRES INFÉRIEURS
- > ASSOUPPLISSEMENT SOUS PELVIEN

EXERCICES

- Renforcement des membres inférieurs. Travail global et analytique en isométrique, puis isotonique sans charge, puis avec charge faible,
- Electrostimulation des muscles éventuellement déficitaires,
- Renforcement des muscles spinaux et abdominaux en isométrique type Sorensen et Shirado ou dérivé,
- Rééducation musculaire du tronc. Toujours en isométrique.
- Étirement des ischio-jambiers et du muscle droit fémoral. Pas d'assouplissement lombo-pelvien, uniquement sous-pelvien,
- Exercices aérobies, fractionnés sur vélo, sur tapis de marche,
- Exercices proprioceptifs comprenant des équilibres et des transferts d'appui en position debout,
- Equilibre bipodal puis monopodal. Marche en avant et en arrière, multidirectionnelle avec et sans obstacle
- Physiothérapie
- Massage, libération des adhérences cicatricielles et préservation des espaces de glissement tissulaire (intérêt du Cellu M6)
- Apprentissage d'un autoprogramme de renforcement isométrique des muscles du tronc et des membres inférieurs
- La rééducation à sec sera complétée par de la balnéothérapie.

(Pertinences du travail fonctionnel sur HUBER: renforcement du tronc et des membres inf., travail de transfert d'appui et renforcement isométrique des muscles profonds du rachis)

BILAN KINÉ/MÉDICAL PRÉOPÉRATOIRE			
	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRES
Extensibilité des muscles de la chaîne postérieure et des pelvi-trochantériens (pyramidal)			
Placement assis en position neutre ou délordose			
Transfert allongé/assis/debout			
TESTS HUBER FACULTATIFS*			
Coordination en chaîne croisée (pieds parallèles zone centrale)	Pousser G : Tirer D :	Pousser D : Tirer G :	
Test force chaîne parallèle (pieds parallèles zone centrale)	Pousser G : Pousser D :	Tirer G : Tirer D :	

* Plateau immobile pour les bilans (1 bilan/mois). Pour HUBER, on intègre la mobilité du plateau dans les exercices progressivement, en fonction des progrès du patient.

3^E PHASE : DE 3 À 6 MOIS

OBJECTIFS :

- > RENFORCEMENT PLUS INTENSE DES MUSCLES SPINAUX ET ABDOMINAUX,
- > AMÉLIORATION DES CAPACITÉS AÉROBIES
- > ASSOUPPLISSEMENT LOMBO-PELVIEN
- > AMÉLIORATION DES CAPACITÉS PROPRIOCEPTIVES
- > REPRISE DU PORT DE CHARGE
- > REPRISE DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES
- > REPRISE DE LA CONDUITE AUTOMOBILE

EXERCICES

- Renforcement des spinaux et des abdominaux,
- Renforcement des membres inférieurs,
- Exercices aérobies fractionnés en augmentant l'intensité,
- Exercices de marche,
- Travail de la proprioception,
- Assouplissement lombo-pelvien en notant la distance doigt – sol,
- Commencer les exercices de port de charge légère au départ puis plus soutenue en écoutant les douleurs,
- En cas de chronicité de la douleur : réentraînement à l'effort (cf. protocole de prise en charge en restauration fonctionnelle pour rachialgie chronique en échec du traitement en ville.

(Pertinence du travail fonctionnel sur HUBER pour le renforcement du tronc, des membres inférieurs, des abdominaux, du plan post du rachis et pour le travail proprioceptif du complexe lombo-pelvi-fémoral)

BILAN KINÉ/MÉDICAL PRÉOPÉRATOIRE			
	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRES
Placement assis en position neutre ou délordose			
Automatisation de la gestuelle globale			
Douleur résiduelle			
TESTS HUBER FACULTATIFS*			
Coordination en chaîne croisée (pieds parallèles zone centrale)	Pousser G : Tirer D :	Pousser D : Tirer G :	
Test force chaîne parallèle (pieds parallèles zone centrale)	Pousser G : Pousser D :	Tirer G : Tirer D :	

*Plateau MOBILE réglage des mobilités sur 50% de la valeur acquise lors des exercices réalisés en fin de phase 2 - Un bilan/mois



CALENDRIER INDICATIF DE REPRISE D'ACTIVITÉ

MARCHE DÈS J0

6 À 12 SEMAINES

- Natation
 - Vélo d'appartement
 - Marche rapide
-

3 MOIS

Sports non traumatiques sans douleur

6 À 8 MOIS

Reprise tous sports de façon progressive

8 À 9 MOIS

Vie normale



Ramsay Santé
Hôpital privé de Bois-Bernard

