

# PROTHESE DISCALE LOMBAIRE

Dr SAGET Mathieu,  
Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis - Centre Hospitalier de Rochefort

## ► DISCOPATHIE LOMBAIRE ET LOMBALGIE CHRONIQUE

La **lombalgie chronique** peut être liée dans certains cas à l'évolution de l'usure progressive des disques lombaires. Le disque intervertébral est normalement très hydraté et joue un rôle d'amortissement des contraintes.

Sa dégradation naturelle débute vers l'âge de 30 ans et se traduit par une déshydratation variable selon les patients. Elle est la plupart du temps asymptomatique car lente et stable. Dans certains cas elle peut survenir plus rapidement et entraîner alors une instabilité douloureuse. Le patient décrit alors des épisodes de lombagos récidivants avec une sensation de blocages douloureux.

En cas de poursuite de l'altération du disque, la douleur devient chronique et de plus en plus permanente et invalidante. Ces douleurs ont le plus souvent un retentissement majeur sur les activités professionnelles et de la vie quotidienne du patient.

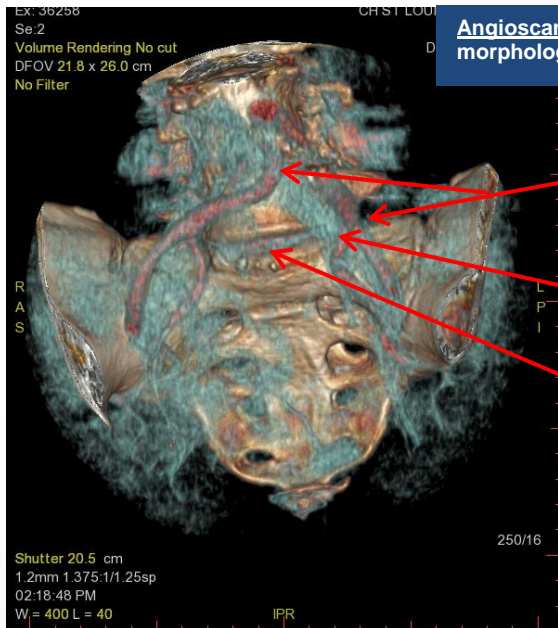
## ► QUELS SONT LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES AU DIAGNOSTIC DE LA DISCOPATHIE ?

- » Les radiographies simples face et profil
- » Les clichés dynamiques en flexion et extension pour apprécier l'instabilité
- » Les clichés rachis entier pour évaluer l'équilibre global de la colonne vertébrale (bilan EOS)
- » L'IRM fait le diagnostic de la discopathie. Il permet d'évaluer les lésions intra-canalaires.
- » Le scanner permet d'objectiver une arthrose des facettes articulaires postérieures contre-indiquant la prothèse. Lorsque le diagnostic est fait et que l'indication est posée, un angioscanner sera systématique dans le bilan préopératoire. Il renseigne avec précision la position des vaisseaux aortiques et iliaques par rapport aux disques à traiter. Il permet d'anticiper d'éventuelles difficultés ou de repérer des variations anatomiques de ces vaisseaux pour faciliter leur abord.
- » La discographie est de plus en plus abandonnée.

**IRM : discopathies L4L5 et L5S1 avec hernie discale L4L5**



**Angioscanner lombaire : bilan morphologique pré-opératoire**



artères iliaques

veine iliaque gauche

disque L5/S1

## ► LA PRISE EN CHARGE DE LA DISCOPATHIE EST AVANT TOUT MÉDICALE

Les thérapeutiques efficaces dans la lombalgie discogénique sont :

- » les antalgiques et AINS,
- » les immobilisations par corset ou ceinture lombaire amovible,
- » la kinésithérapie de reconditionnement musculaire associant un travail d'assouplissements, d'étirements sous-pelviens, de renforcement musculaire dorso-abdominal et de proprioception. Dans certains cas notamment chez les patients de moins de 50 ans encore en activité, une prise en charge en centre de rééducation peut être proposée avec une approche globale à la fois rééducative mais également en ergothérapie avec apprentissage de la gestuelle, mais également psychologique et sociale.
- » Il est également fortement conseillé des mesures de diététiques en cas de surcharge pondérale.

## ► LA PRISE EN CHARGE DE LA DISCOPATHIE PAR LA PROTHÈSE DISCALE

**En cas d'échec du traitement médical bien conduit depuis plus de 6 mois, une chirurgie d'arthroplastie (prothèse) lombaire peut être proposée par le chirurgien.** Le but du traitement est de remplacer le ou les disques douloureux et de mettre à la place un implant préservant la mobilité entre les 2 vertèbres.

La mobilité de la prothèse permettra d'adapter le positionnement des disques sus-jacent contrairement à une arthrodèse qui n'autorise pas cette adaptation. Les contraintes mécaniques seront moindres et ainsi le risque d'usure à long terme pour les disques situés au-dessus de la prothèse sera inférieur.

**L'indication idéale est la discopathie inflammatoire L4/L5 ou L5/S1 chez un adulte de moins de 60 ans, résistant au traitement médical depuis plus de 6 mois, avec un retentissement majeur sur ses activités personnelles et professionnelles.**

L'existence d'une double discopathie notamment L4/L5 et L5/S1 n'est pas une contre-indication à la prothèse. Il est alors souvent proposé une arthrodèse (ALIF, cf fiche arthrodèse) sur un des 2 disques (le plus souvent L5/S1) et une prothèse sur l'autre.

En effet une seule prothèse est remboursée par la sécurité sociale.

Il existe plusieurs contre-indications à la prothèse et dans ces cas le chirurgien pourra proposer d'autres techniques d'arthrodèse notamment :

- » Obésité morbide,
- » Antécédents de chirurgie abdominale,
- » Antécédents d'infection ou de radiothérapie locale,
- » Canal lombaire étroit sévère associé,
- » Scoliose ou spondylolisthésis,
- » Lésions dégénératives évoluées des articulaires postérieures,
- » Spondylarthropathies,
- » Contexte psychologique défavorable.

## ► COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Le patient bénéficie d'une anesthésie générale permettant l'utilisation de produits curarisants pour un relâchement musculaire complet.

Le chirurgien accède à la colonne vertébrale par une incision horizontale (disque L5/S1) ou verticale (disque L4/L5) sur la partie basse de l'abdomen. L'abord se fait entre les muscles abdominaux puis en réclinant le sac péritonéal sur la droite ou la gauche. La dissection des vaisseaux aortiques et iliaques permet d'accéder aux disques à traiter. L'utilisation d'un écarteur auto-statique fixé à la table d'examen sur lequel se fixent des valves de hauteur variable, permet d'exposer les vaisseaux en toute sécurité. **La présence d'un chirurgien vasculaire dans les locaux de l'établissement est systématique pour venir contrôler une hémorragie en cas de plaie artérielle ou veineuse.**

Des radiographies de face et de profil sont réalisées pendant l'intervention pour permettre un centrage et une couverture des plateaux vertébraux optimaux de la prothèse. La durée opératoire est d'environ 1H30 pour un niveau opéré et 2H30 pour deux niveaux. Deux redons sont laissés en place pour éviter la formation d'un hématome. Une sonde urinaire est systématiquement posée pour le confort du patient.

Le patient est verticalisé au fauteuil et levé dès le lendemain de l'intervention. Il doit porter des bas de contentions pendant plusieurs jours en raison du risque majeur de phlébite. La durée d'hospitalisation varie de 3 à 5 jours selon les douleurs et la reprise de l'autonomie.

Il est conseillé de bien marcher après l'intervention et d'éviter tout port de charges ainsi que les déplacements en voiture pendant plusieurs semaines.

La persistance de lombalgies et l'apparition de douleurs neuropathiques des membres inférieurs sont assez classiques après cette chirurgie.

L'évolution est souvent favorable en quelques semaines sous traitement médical.



Patiente de 37 ans, prothèse discale L5/S1 sur discopathie post chirurgie de hernie discale.

## ▶ QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Les plus fréquentes :

- » Hématome sous-cutané : il se résorbe tout seul en général. Un drain sous-cutané est systématiquement mis en place pour éviter sa formation. Il peut nécessiter une ponction évacuatrice voire un drainage chirurgical en cas d'évolution défavorable.
- » Phlébite des membres inférieurs en raison de l'alitement et d'autant plus que l'opérateur récline les veines iliaques derrière une valve pendant la chirurgie. **Un traitement anticoagulant et des bas de contention sont systématiques.**

Plus rarement :

- » Hémorragie par plaie vasculaire ou veineuse (aorte, veine cave, artères et veines iliaques, veine lombaire ascendante) nécessitant **la présence systématique d'un chirurgien vasculaire** à proximité.
- » Lésions des racines nerveuses ou du contenu du canal central : exceptionnelles
- » Brèche durale
- » Un mauvais positionnement de la cage ou les erreurs de niveaux sont prévenues par l'utilisation de radioscopie pendant l'intervention.
- » L'atteinte de la chaîne sympathique peut engendrer une augmentation de la chaleur locale du membre inférieur par son effet vasodilatateur souvent temporaire ; l'élongation du nerf fémoro-cutané une paresthésie de la face antérieure de cuisse ; les lésions du plexus pré-sacré ou de sécheresse vaginale ou une éjaculation rétrograde.
- » Une distension exagérée lors de l'ouverture des plateaux peut entraîner une tension excessive sur les racines, source de douleurs sciatiques normalement régressives
- » Les lésions digestives sont exceptionnelles, les brèches péritonéales sont facilement suturées et sans conséquences. Les éventrations sont plus souvent rencontrées dans les voies rétropéritonéales. L'atteinte de l'uretère gauche est plus souvent décrite dans les chirurgies de reprise.
- » L'infection du site opératoire, dite infection nosocomiale peut toujours se produire. En règle générale l'identification du germe en cause et la prescription d'antibiotiques adaptés permettent la guérison complète. L'infection peut nécessiter une intervention de nettoyage ou de ponction pour mettre le germe en évidence, voire un changement de la prothèse.
- » La possibilité d'enfoncement des plateaux prothétiques doit contre-indiquer l'implantation en cas d'ostéoporose ou de maladie métabolique osseuse avec ostéopénie. La luxation en avant de la prothèse ou du noyau mobile est souvent décrite comme conséquence d'une malposition. Les calcifications péri-prothétiques peuvent compromettre la mobilité de l'implant (5 à 30 %). À long terme, l'évolution de lésions dégénératives des articulaires postérieures peut faire diminuer le résultat initial, parfois imposer l'arthrodèse postérieure.
- » L'intervention sur le niveau opéré ne vous prémunit pas complètement de l'apparition secondaire d'une lésion sur un autre niveau discal.

**Le délai de mise en route des traitements de l'ensemble de ces complications reste un élément très important dans les chances de réussite, il vous appartiendra d'informer votre chirurgien le plus rapidement possible, en cas de présence de la moindre anomalie ou de doute.**