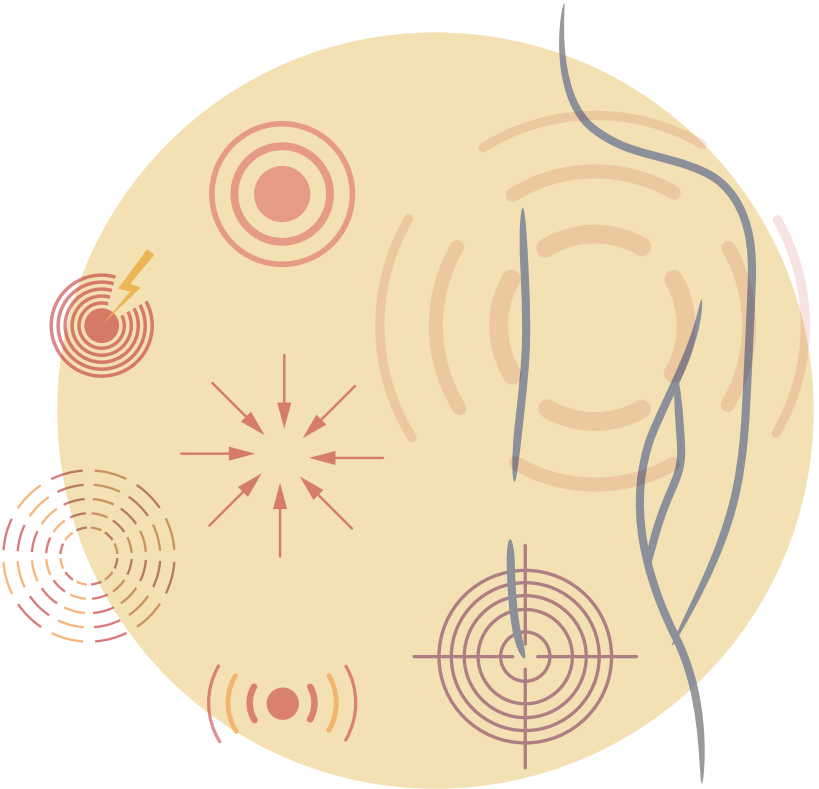
CHU Saint-Pierre
UMC Sint-Pieter

CLINIQUE DU DOS



Service Orthopédie -Traumatologie

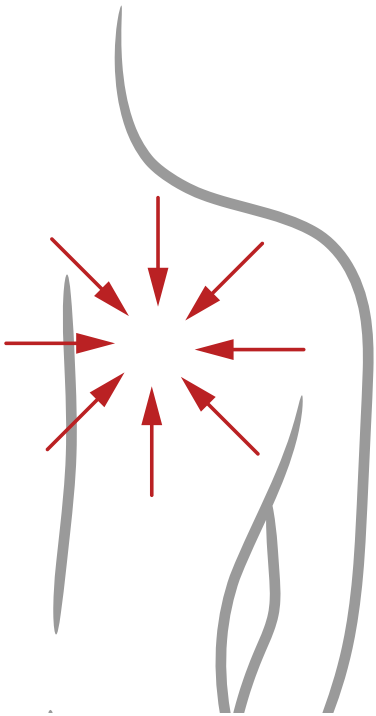
CHU BRUXELLES
UZC BRUSSEL
iris
ULB
VUB

Introduction

Le mal de dos est une affection touchant à des degrés divers un grand nombre de patients.

On estime que **50% de la population** présente un jour ou l'autre un épisode aigu de douleurs lombaires. Et que le mal de dos est **responsable de 10% des incapacités de travail.**

Ces épisodes sont heureusement transitoires mais **dans 70% des cas, ils sont le début de problèmes chroniques.**



Dans la plupart des cas, il s'agit de blessures du ***disque intervertébral***, liées à son vieillissement naturel et ne représente pas une maladie en tant que telle. La prise en charge de ***ces maux de dos chroniques*** est souvent complexe et nécessite l'implication de divers intervenants pour amener un soulagement au patient.

La clinique du dos du CHU Saint-Pierre fait partie intégrante du service d'orthopédie et se compose de kinésithérapeutes, ostéopathes, sophrologues, acupuncteurs, médecin physique et chirurgiens. Une approche pluridisciplinaire permet ainsi d'apporter une prise en charge personnalisée pour chaque cas.

Notre équipe orthopédie comprend plusieurs chirurgiens spécialisés dans la chirurgie de la colonne. Parmi ceux-ci, on retrouve des membres de sociétés nationales et internationales de chirurgie de la colonne, auteurs de divers travaux scientifiques.

Toutes les pathologies chirurgicales touchant la colonne sont prises en charge dans notre service qui travaille en étroite collaboration avec le service de neurochirurgie. Nous utilisons les techniques les plus modernes afin de garantir une prise en charge optimale.

Outre les cas de ***tumeurs ou de fracture de la colonne***, heureusement plus rares, les pathologies les plus souvent traitées de façon chirurgicale sont le ***canal étroit lombaire, la hernie discale cervicale ou lombaire,*** la lombalgie primaire résistante au traitement médical.

Notre équipe orthopédie comprend plusieurs chirurgiens spécialisés dans la chirurgie de la colonne.

Généralités

La colonne vertébrale ou rachis se décompose en 4 zones, de haut en bas, en colonne cervicale (7 vertèbres), thoracique (12 vertèbres), lombaire (5 vertèbres) et sacrée (5 vertèbres soudées). Elle se termine par le coccyx. Dans le plan frontal, la colonne est rectiligne mais de profil, elle forme un « S » allongé. On parle de lordose cervicale, cyphose dorsale et lordose lombaire. Ses courbures sont physiologiques quand elles restent dans certaines limites et sont telles que la tête se situe au-dessus du bassin. On parle de colonne bien équilibrée.

La colonne a une fonction de soutien du corps mais également de protection de la moelle.

Au niveau de chaque vertèbre, deux nerfs sortent de la colonne par les trous de conjugaison ou foramen, un à gauche et un à droite, pour innerver les muscles ou donner la sensibilité dans certains territoires de la peau. Chaque nerf a un territoire bien précis. Les nerfs sortants au niveau des trois dernières vertèbres lombaires se regroupent en un gros nerf, le nerf sciatique, puis se séparent plus bas dans la jambe pour rejoindre leur territoire cutané spécifique. Par exemple, le nerf sortant entre la cinquième vertèbre lombaire et le sacrum, va donner la sensibilité au gros orteil. S'il est blessé lorsqu'il sort de la colonne, comme dans le cas d'une hernie discale, le patient aura mal au gros orteil. Ceci permet de diagnostiquer facilement par le seul interrogatoire du patient, l'endroit où a pu se faire la hernie discale.

Le canal lombaire étroit

Étant liée au remaniement de la colonne vertébrale avec l'âge et au vu de l'augmentation de l'espérance de vie, cette affection est de plus en plus fréquente et touche des patients principalement de 70, 80 voire 90 ans.

Il s'agit de la diminution du calibre du canal rachidien. Dans ce canal, passe la moelle épinière dans les régions cervicale et dorsale. Au niveau de la colonne lombaire, on y retrouve le sac dural qui contient les racines nerveuses qui donneront l'innervation dans les jambes.

La diminution du diamètre canalaire est la plupart du temps une conséquence du vieillissement de la colonne vertébrale.

Il y a d'une part le vieillissement des disques intervertébraux qui s'écrasent et viennent faire une protrusion dans le canal rachidien et d'autre part l'arthrose des articulations qui les déforment, les rendant de plus en plus volumineuses.

La conjonction de ces deux phénomènes entraîne une compression du sac dural et par là même de l'ensemble des nerfs.

Canal normal canal étroit
Les plaintes décrites par un patient présentant un canal lombaire étroit sont assez typiques. Outre les douleurs lombaires liées aux phénomènes d'arthrose, le patient ressentira surtout des douleurs dans les cuisses et dans les jambes apparaissant à la marche.

La douleur apparait typiquement après une certaine distance de marche l'obligeant à s'arrêter et à s'asseoir pour que la douleur s'estompe. Après quelques minutes, il peut reprendre son chemin mais après la même distance de marche, les douleurs réapparaîtront l'obligeant une nouvelle fois à s'arrêter.

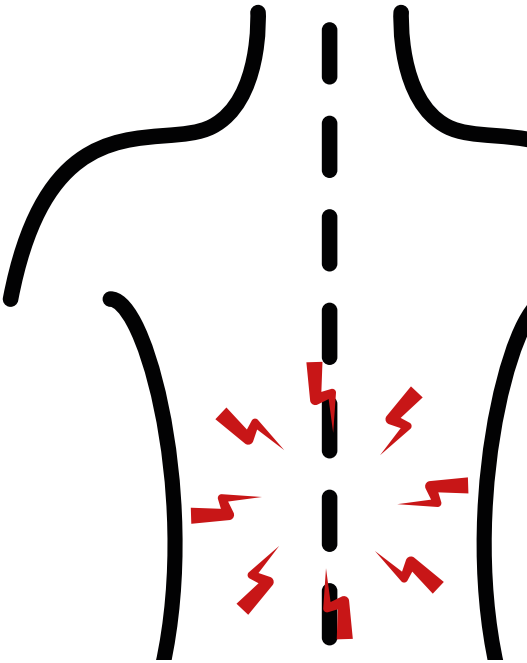
Cette affection évolue lentement, ne représente pas un danger mais devient gênante pour le patient qui voit sa distance de marche se réduire avec le temps.

La question souvent posée est de savoir s'il faut opérer un canal étroit. Il est rare que le patient présente des troubles neurologiques graves évoluant rapidement. C'est pour cela, que l'opération n'est quasi jamais urgente et que l'on peut se permettre dans un premier temps de proposer des traitements médicaux, kinésithérapie voire même des péridurales pour soulager le patient.

En cas d'échec de ces traitements et de gênes suffisantes entraînant une détérioration de la qualité de vie, une intervention peut être proposée. Bien sûr, en cas de perte de force, de sensibilité ou de contrôle des sphincters, l'intervention s'avère urgente.

La peur du patient est souvent le risque de paralysie lors d'une intervention. Les complications possibles de l'intervention vous seront expliquées par votre chirurgien lors de la consultation.

Bien que le risque zéro n'existe pas, le but de l'intervention étant de redonner de l'espace aux structures nerveuses, tout doit aller vers une situation en améliorant la situation neurologique du patient.



L'intervention se fait par une incision dans le dos et consiste à « gratter » l'os pour redonner suffisamment d'espace aux structures nerveuses. Parfois, on peut associer une arthrodèse c'est-à-dire une fusion des vertèbres à l'aide de vis si une instabilité des vertèbres est mise en évidence.

Cet ajout de vis a très peu de conséquences sur la mobilité qui est déjà fort diminuée dans une colonne vertébrale atteinte d'un canal étroit.

Après l'intervention, le patient est alité parfois 24 heures puis peut marcher avec l'aide d'un kinésithérapeute. La durée moyenne d'hospitalisation est de cinq jours. Généralement, le patient est apte à retourner à son domicile après ce délai. S'il est isolé et pourrait présenter des difficultés pour son retour à domicile: un séjour en revalidation est dès lors envisagé.

On parle de lumbago quand la douleur reste localisée à la colonne lombaire, cervicalgie au niveau cervical.

La hernie discale

Le disque vertébral est composé de fibres de collagène concentriques autour du nuclleus pulposus. Dès 25 ans, des lésions de ces fibres peuvent apparaître lors d'effort, comme soulever une charge, souvent pour des gestes de la vie courante. Des déchirures surviennent et entraînent la douleur. On parle de lumbago ou de lombalgie quand la douleur reste localisée à la colonne lombaire, cervicalgie au niveau cervical.

Si la déchirure est plus importante, le contenu du disque, le nucleus pulposus, peut s'échapper dans le canal rachidien et créé une hernie discale. La hernie peut être centrale et comprimer le sac dural, ou, latérale et comprimer les racines. Il s'ensuit une douleur élective dans un territoire de la jambe spécifique du nerf lésé. On parle de sciatalgie pouvant être associée à une perte de sensibilité voire une paralysie.

Hernie latérale entraînant une compression de la racine nerveuse

Dans 80 % des cas, le traitement de la hernie discale ne nécessite pas d'opération. En cas d' hernie discale non paralysante, c'est-à-dire n'entraînant pas de troubles neurologiques graves, dans un premier temps, on commence toujours par un traitement conservateur par repos, anti-inflammatoires et relaxant musculaire. On peut également réaliser une péridurale thérapeutique.

Il s'agit d'injecter de la cortisone localement afin de diminuer l'inflammation due à la hernie. En cas d'échec du traitement conservateur, on peut avoir recours à la chirurgie, surtout lors de douleurs invalidantes.

En cas de hernie discale paralysante ou s'accompagnant d'une anesthésie, on a toujours recours à une intervention chirurgicale en urgence.

Le but de l'intervention est d'enlever la hernie et de cureter le disque pour éviter une récidive. Au niveau lombaire, le chirurgien incisera dans le dos en regard du disque abîmé. Grâce à des instruments adaptés, nous pouvons par microchirurgie réaliser des incisions de moins de trois centimètres pour aborder le disque malade. En écartant prudemment le sac dural et la racine nerveuse, le chirurgien a accès à la hernie et peut l'ôter.

Avec ce type d'intervention, le patient peut généralement se lever le matin et sortir au deuxième ou troisième jour postopératoire.

La hernie discale peut également être présente au niveau de la colonne cervicale. À ce moment, le patient peut ressentir outre une douleur dans le cou, une douleur irradiante jusque dans les doigts. Les indications opératoires restent les mêmes que pour la région lombaire. Dans la majorité des cas, le traitement est conservateur.

Le patient bénéficie d'anti-inflammatoires, de relaxants musculaires. Une péridurale cervicale peut également être réalisée dans le cas de douleurs plus fortes. Le port d'une minerve permet de mettre la région cervicale au repos. L'intervention est requise pour les douleurs invalidantes ne répondant pas au traitement classique ou en cas de déficit neurologique.

Arthrose lombaire et discopathies dégénératives

L'arthrose de la colonne lombaire touche le plus fréquemment les vertèbres L4, L5 et S1. Les douleurs occasionnées par l'arthrose s'appellent des lombalgies. Elles sont dues à l'usure du cartilage situé sur les facettes articulaires des vertèbres ou à l'usure des disques intervertébraux. On parlera dans ce dernier cas de discopathie.

Le traitement sera médical mais se fera également via le repos, la kinésithérapie, l'ostéopathie, l'acupuncture, la physiothérapie parfois même par le psychologue en cas de douleur chronique associée à un stress ou par un anesthésiste pour des désensibilisations. En cas de douleurs non soulagées par le traitement médical, un blocage de deux ou plusieurs vertèbres par arthrodèse peut être envisagé. Celui-ci se fait à l'aide de plaques et de vis fixant les vertèbres malades entre elles.

Cette intervention doit cependant rester exceptionnelle. En effet bon nombre de patients garde des douleurs après l'opération et on estime que seulement 70 % sont soulagés après la chirurgie et que seuls 20 à 30 % n'ont plus de douleur. Ceci veut également dire que 30 % des patients ont gardé des douleurs similaires voire plus importantes après l'intervention. On réserve donc la chirurgie lorsqu' aucun autre traitement n'a pu soulager le patient et que la douleur reste fortement invalidante, entravant la qualité de vie du patient.

La scoliose

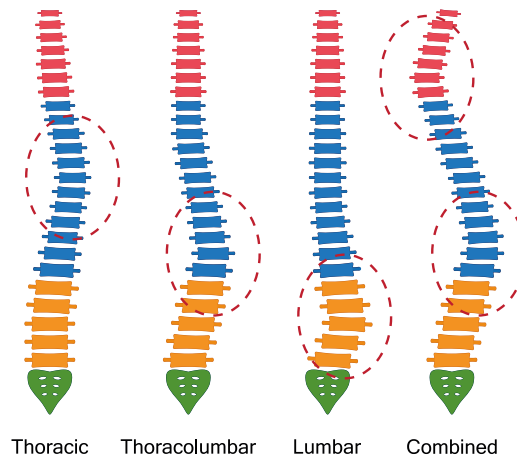
Parmi les déformations de la colonne vertébrale, la plus connue touchant l'enfant est la scoliose. C'est une déformation compliquée de la colonne qui lui donne de face un aspect de S allongé. La déviation peut se situer n'importe où sur la colonne. On parle de scoliose thoracique, thoraco-lombaire ou lombaire en fonction de l'endroit de la déviation.

Quand la maladie est située au niveau thoracique et est très évoluée, les vertèbres qui pivotent, repoussent vers l'arrière les côtes situées du coté convexe de la courbure créant une bosse ou une gibbosité, qui se voit encore mieux lorsque le sujet se penche en avant.

La scoliose vraie est une déformation irréductible et ne doit pas être confondue avec une attitude scoliotique qui peut être due à un mauvais maintien d'un patient debout, ou une scoliose compensatoire qui est une déviation liée à une différence de longueur de membres. Ces deux scolioses disparaissent en position couchée.

Devant une scoliose irréductible, on recherche toujours une cause neurologique ou congénitale mais dans plus de 70% des cas aucune cause ne sera retrouvée. On parle alors de scoliose idiopathique.

La scoliose idiopathique se rencontre 7 fois plus souvent chez les filles et peut apparaître très tôt dans l'enfance, généralement vers 10 ans.



risque. Le traitement proposé sera de la kinésithérapie si l'évolution est nulle ou très lente.

Si on constate en 6 mois d'intervalle, une aggravation de quelques degrés, on aura recours à l'utilisation de corset sur mesure ou de plâtres successifs. Le traitement peut durer plusieurs années jusqu'à la fin de la croissance. Si malgré le traitement, la déviation s'accentue, entraînant des troubles cardiaques ou respiratoires, on a recours à la chirurgie qui consiste à réduire la colonne et souder, par une arthrodèse, les vertèbres entre elles.

Contact
T+32 (0)2 506 75 95
César De Paepe

Notes

CHU Saint-Pierre
UMC Sint-Pieter

CHU Saint-Pierre/Site César De Paepe
rue des Alexiens 11-13 - 1000 Bruxelles
T. 02/535.31.11

WWW.STPIERRE-BRU.BE