

DISCOPATHIE LOMBAIRE

— Définition et cause

Si les lombalgies communes (mal de dos) peuvent avoir des causes multiples (musculaires, ligamentaires, articulaires, psychologiques), les lombalgies sévères, chroniques et invalidantes du sujet jeune ont le plus souvent une origine discale ; il s'agit de la **discopathie lombaire**, c'est à dire la dégénérescence progressive d'un ou de plusieurs disques intervertébraux.

— Evolution

La discopathie peut se manifester par des blocages lombaires aigu (**lumbago**), qui surviennent souvent sur un faux mouvement ou après un effort. La crise a tendance naturellement à guérir en quelques jours, parfois en quelques semaines. Si chez la plupart des personnes, ces crises vont rester isolées, ou du moins très éloignées dans le temps, dans 5 % des cas, les lombalgies vont s'intensifier, survenir pour des efforts de moins en moins importants, jusqu'à devenir permanentes. Le disque va se fissurer, se déshydrater et progressivement se pincer. Parfois, un fragment de ce disque peut s'expulser et venir comprimer les racines nerveuses situées immédiatement en arrière : c'est le phénomène de **hernie discale** responsable entre autres des douleurs de sciatiques dans les jambes. Dans certains cas, cette hernie discale survient brutalement en début d'évolution de la discopathie, chez des personnes ne souffrant absolument pas du dos jusque-là, alors que, dans d'autres cas, la hernie apparaît après un long passé de douleurs lombaires. Il faut également comprendre que plus le disque sera pincé, plus l'espace autour des racines nerveuses sera serré, et donc, que parfois la simple ablation d'une hernie discale ne suffit pas à libérer totalement une racine comprimée.

— Symptômes

La discopathie lombaire peut être responsable de deux grands types de symptômes : le mal de dos (**lombalgie**) et les douleurs dans les jambes (**sciatiques ou cruralgies**). De manière assez schématique, c'est la dégénérescence de l'ensemble du disque qui est responsable des lombalgies, et la hernie (ou la protrusion) discale, qui peut comprimer les racines nerveuses et déclencher les sciatiques. En cas de disque très pincé, très protrus ou très inflammatoire, les sciatiques peuvent apparaître, même en l'absence de hernie. Les lombalgies liées à la discopathie lombaire correspondent à des **douleurs en barre**, à la partie basse du dos. Rester **assis ou debout de manière prolongée** est rapidement très pénible. Les douleurs sont très sensibles à l'effort, et forcent souvent la personne souffrante à diminuer ses activités, sportives ou professionnelles. Il existe souvent des douleurs et des **raideurs matinales** qui imposent une période de chauffe avant le début des activités quotidiennes. L'aggravation se fait chez certaines personnes par l'augmentation de la fréquence, de la durée et de l'intensité des crises de blocages lombaires. La douleur peut alors devenir **permanente**, de jour comme de nuit. Le retentissement sur la vie sociale et familiale est souvent très important, et peuvent conduire la personne souffrante à un sentiment d'échec voire à une dépression. Les douleurs de sciatiques sont décrites dans le paragraphe hernie discale.

— Les examens

Les discopathies lombaires sont parfaitement bien diagnostiquées par une **IRM du rachis lombaire**, qui est le meilleur examen pour évaluer l'état du disque. Souvent des radiographies de la colonne vertébrale en totalité sont également importante pour le chirurgien vertébral, afin d'avoir une vision globale de la forme du dos, qui peut influencer la décision de traitement. Dans les cas où la dégénérescence du disque est déjà au stade de l'arthrose, un scanner du rachis lombaire permettra de mieux apprécier les contours osseux des vertèbres.

— Possibilités de traitement

Le traitement des lombalgies est toujours médical dans un premier temps. Il peut être conduit par le médecin traitant, souvent en collaboration avec un rhumatologue, un médecin rééducateur ou encore un médecin de la douleur. Ce traitement va associer du **repos** dans les périodes de crises, des médicaments **antalgiques et anti-inflammatoires**, prescrits par paliers croissants, des soins de physiothérapie et de **kinésithérapie** et parfois des infiltrations ou même des immobilisations par corset. La majorité des maux de dos vont répondre favorablement à ces traitements, même si les crises ne disparaissent pas totalement. Un bilan plus approfondi et un **avis auprès d'un chirurgien vertébral** est indiqué quand les douleurs ne répondent pas bien à l'ensemble de ces traitements, et que les symptômes, qui évoluent depuis au moins **6 à 12 mois** et souvent bien plus, sont responsables d'une **invalidité importante dans la vie quotidienne**.

— Principe du traitement chirurgical

La chirurgie de la lombalgie chronique ne peut être envisagée qu'**après échec d'un traitement** médical aussi long et complet que possible. C'est en fonction de la corrélation entre les symptômes et les anomalies retrouvées sur les examens d'imagerie, que le chirurgien vertébral va retenir ou non une indication de chirurgie. En l'absence de paralysie, cette chirurgie n'aura jamais de caractère obligatoire, mais sera un moyen supplémentaire de plus, proposé au patient, pour traiter ses lombalgies. Comme tous les autres traitements mis en œuvre jusque-là, le traitement chirurgical aura son propre taux de réussite et d'échec, ses bénéfices et ses risques, qui vous seront clairement exposés par le chirurgien vertébral, afin que vous puissiez faire votre choix le plus objectivement possible. La chirurgie de la discopathie lombaire, associée ou non à une hernie discale, consiste en la résection du disque en totalité (hernie incluse) et en son remplacement par un implant mobile (**prothèse discale**) ou fixe (**cage d'arthrodèse**). Le choix de l'implant se fera principalement en fonction de l'importance de la dégénérescence du disque, puisqu'après l'apparition de l'arthrose, la mise en place de la prothèse discale n'est plus recommandée. Quel que soit l'implant choisi, les principes de l'intervention sont les suivants : résection du ou des disques pathologiques, remise en hauteur de l'espace discal tel qu'il était avant le pincement, traitement de la compression des racines nerveuse par la résection de la hernie ou de la protrusion discale et également par la remise en hauteur du disque et des foramens, mise en place d'un implant qui va permettre à la fois de conserver l'espace ainsi créé et de rebalancer le dos en augmentant la cambrure lombaire (lordose) pour solliciter le moins possible dans l'avenir les autres disques laissés intacts.

— La chirurgie

La chirurgie de remplacement discal lombaire ne se pratique pas par le dos, comme une simple chirurgie de hernie discale, mais **à travers l'abdomen**, pour exercer le minimum de tension sur les racines nerveuses situées à l'arrière du disque. Il s'agit d'une **technique mini-invasive**, puisque chez un sujet mince, la prothèse discale sera mise en place à travers une incision de 5 à 7 cm. Le remplacement discal est une technique chirurgicale très exigeante, mais très respectueuse de l'anatomie du corps, ce qui se traduit par de **très faibles douleurs en post-opératoire** dans la très grande majorité des cas.

— Les soins POST-OPERATOIRES à la clinique :

Le premier lever se fait quelques heures après l'intervention. Le kinésithérapeute vous apprend les gestes que vous aurez à effectuer pendant toute votre convalescence : la manière de se lever, se coucher, se baisser, ramasser des objets au sol, faire sa toilette. Dès le premier jour, vous retrouverez une certaine **autonomie pour ces gestes de la vie quotidienne**. Un corset est nécessaire en cas d'arthrodèse mais pas en cas de prothèse discale. Il s'agira alors d'un corset amovible en plastique adapté, qui aura été au préalable moulé sur mesure. Il s'agit d'un corset à porter lors de la mise en mouvement uniquement ; Le port de ce corset n'est donc pas nécessaire en position couchée. **Le retour à domicile a lieu dans les 24 à 48 heures** qui suivent l'intervention. Les prescriptions de soins de pansement, de médicaments antalgiques et d'arrêt maladie jusqu'à la consultation de contrôle vous seront délivrés à la sortie.

Seul un praticien expérimenté peut poser un diagnostic précis en pathologie vertébrale. Le rôle du praticien est de déterminer le caractère pathologique ou non d'une anomalie discale ou vertébrale découverte sur un examen d'imagerie. Il devra alors en préciser le risque et le potentiel évolutif, élément capital dans la décision thérapeutique. Enfin, son diagnostic permettra d'identifier parmi ces anomalies, celles qui ne sont pas responsables de symptômes, qui ne sont pas porteuses de risques et qui ne nécessiteront donc pas de traitement particulier.

— La convalescence

De retour au domicile, le rythme de vie idéal associe le **repos**, dans une position confortable (position semi-allongée avec dossier incliné à 45°, jambes légèrement fléchies au niveau des genoux) en alternance plusieurs fois par jour avec des **marches calmes**, sur du plat, de 10-15 minutes initialement et pouvant aller jusqu'à 1 heure ou 2.

Pendant les premiers jours, il ne faudra pas essayer de reprendre les activités du quotidien (ménage, courses, conduite automobile, port de charge même légère). Puis, à partir de la 2eme ou la 3eme semaine, vous serez autorisé à reprendre très progressivement ces activités, en écoutant votre corps et les éventuelles douleurs à l'effort qui devront vous servir de limite. La récurrence douloureuse pendant la convalescence est souvent la conséquence d'une surcharge d'activité et aura tendance à disparaître au repos.

Les soins de kinésithérapies débuteront après la 3eme semaine, en commençant pas le massage de la cicatrice ainsi que des zones douloureuses ou contractées au niveau de la colonne. Une fois le corps préparé, la **rééducation se fera par le mouvement**, pour assouplir le corps et renforcer la colonne et les membres inférieurs. La reprise professionnelle et sportive pourra se faire dès le 2eme mois après une prothèse discale et entre le 4eme et le 6eme mois après une arthrodèse, sauf douleurs particulières.

Sur le long terme, il n'y aura pas de contre-indication particulière et vous serez autorisé à mener une **vie active et sportive tout à fait normalement**.

Nos techniques chirurgicales en image ?
Visitez la page [Discopathie lombaire](#) sur notre site.

