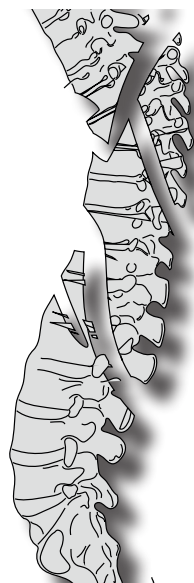
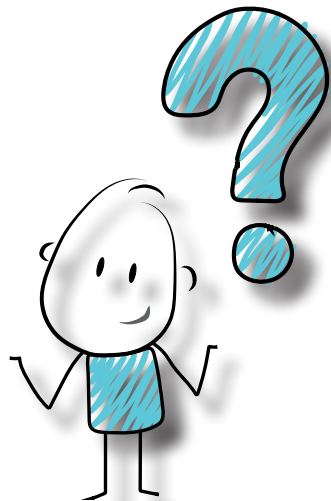


COMPLICATIONS

EN CHIRURGIE DU RACHIS

Un acte chirurgical n'est **jamais** un acte **anodin** et il n'est pas possible de réduire le risque à zéro. Une chirurgie doit donc se décider (pour le patient comme pour le praticien) sur la base du rapport Risques / Bénéfices.

Le consentement **libre et éclairé** des patients est une obligation légale, préalable à tout traitement médical comme chirurgical. En effet, le patient ne doit pas seulement se voir expliquer la nature de sa pathologie, son traitement et les conséquences éventuelles de ce dernier, mais doit aussi disposer d'un support d'information fiable et vérifié concernant sa pathologie.



LUDOVIC KAMINSKI



Un patient comprenant mieux la nature de sa maladie et les raisons qui poussent son médecin à lui proposer un traitement est naturellement amené vers une meilleure gestion de ses soins.

La multiplication des sources d'informations disponibles à l'heure actuelle est à double tranchant. S'il est vrai que le patient peut ainsi de lui-même mieux comprendre sa pathologie, il s'expose, en recherchant ces données auprès de sources non validées, au risque d'une compréhension tronquée ou même fautive de sa pathologie et de son traitement. Ces pages, sans être parfaitement exhaustives, sont pensées comme un recueil simple des informations dont un patient doit pouvoir bénéficier afin de mieux intégrer des notions médicales qui leur sont parfois étrangères.

En effet, un résultat n'est **jamais garanti** par avance, même avec les techniques les plus éprouvées. Enfin, l'anesthésie comporte aussi ses propres risques. Les médecins anesthésistes vous donneront toutes les explications nécessaires lors de la consultation préopératoire.

Il reste essentiel de retenir que la fréquence des complications varie selon le **type de pathologie** du rachis, les **modalités techniques** de l'intervention et vos **antécédents médicaux** (hypertension, diabète, obésité, problèmes respiratoires, vasculaires, cardiaques, etc.)

Il est aussi important que vous compreniez l'importance du **respect des consignes** qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

L'ERREUR DE NIVEAU / DE CÔTÉ

On ne vous a pas opéré au bon **niveau** ou du bon **côté**. C'est probablement la complication la plus navrante et difficile à accepter. Elle est pourtant bien décrite même si elle reste exceptionnelle.

C'est pour cela que vous devez impérativement veiller à garder cette cohérence tout au long de votre parcours et des différentes étapes où tant le niveau que le côté vous seront redemandés. Il faut aussi rapporter l'ensemble de votre imagerie (scanner, IRM) pour les mêmes raisons.

LES RISQUES NEUROLOGIQUES

C'est le risque de paralysie des membres et des fonctions vésico-sphinctériennes. Quelle que soit l'opération réalisée sur la colonne vertébrale même la plus habituelle, le risque de paralysie n'est pas nul. Ces complications restent rares. Leur récupération est variable. Il peut s'agir d'une simple diminution de force (**parésie**) voire très rarement une perte complète de force (**paralysie**). Exceptionnellement, il peut survenir un syndrome de la **queue de cheval** comportant une paralysie des sphincters source d'incontinence, et encore plus exceptionnellement une paralysie complète des membres inférieurs et du périnée (paraplégie). La cause n'est pas toujours évidente. La plus fréquente est l'hématome au niveau du site de l'opération qui peut entraîner une compression des nerfs. Dans ce cas, une intervention en urgence est impérative quand apparaît la paralysie pour évacuer l'hématome et lever la compression. Le même phénomène peut aussi dramatiquement compliquer une chirurgie cervicale avec l'apparition d'une **tétraplégie**.



UNE FUITE DE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

C'est le liquide dans lequel baignent les nerfs racines nerveuses à l'intérieur de la colonne. Le risque est majoré lors des réopérations où tous les tissus adhèrent entre eux. Elle est due à une déchirure parfois inévitable de l'enveloppe qui entoure les nerfs appelée **dure mère**. Le plus souvent elle est sans conséquence ou peut donner des maux de tête transitoires. Un repos au lit de 24-48h est le plus souvent préconisé.

Elle est plus grave si la fuite s'extériorise et que le liquide sort par la cicatrice. Un risque (très rare) de méningite est alors possible. Une réintervention en urgence peut être nécessaire.

COMPLICATIONS D'INSTALLATION

Les patients sont endormis dans leur brancard et réveillés dans la même position. Une fois le tube en place, une étape cruciale reste le positionnement du patient, habituellement en ventral sur la table d'opération. Nous n'avons pas d'information de la part d'un patient endormi aussi, il est capital de veiller à l'absence de **points d'appuis** susceptibles de créer une lésion et cela sur l'ensemble du corps. Les zones d'appui les plus sensibles sont les yeux (risque de cécité), le menton ou la face (escarre), les coudes (compression du nerf cubital), la poitrine (particulièrement chez les femmes), les genoux et les gros orteils.

HÉMORRAGIE MAJEURE

Une lésion des **gros vaisseaux** de l'abdomen (aorte, veine cave) ou du cou (carotide, jugulaire) peut survenir. Elle peut entraîner une hémorragie gravissime pouvant être exceptionnellement mortelle. C'est une complication que l'on rencontre plus fréquemment dans les abords antérieurs. Des pertes sanguines importantes peuvent aussi s'observer dans le traitement de **tumeurs** qui sont parfois extrêmement vascularisées.

LÉSIONS VISCÉRALES

En chirurgie du rachis, une plaie des **viscères**, **trachée** ou **oesophage** est possible, essentiellement sur les abords antérieurs lombaires et cervicaux. Dans le cas de la chirurgie cervicale, l'abord antérieur est source de dysphagies transitoires. Une lésion du nerf **laryngé récurrent** par étirement ou section reste une complication et cause une rauçité de la voix habituellement réversible. Un syndrome de **Claude Bernard Horner** est aussi possible dans la chirurgie cervicale antérieure. Il s'agit d'une atteinte de l'oeil avec affaissement de la paupière supérieure, myosis et assèchement de la face.

INFECTIONS

Plusieurs types d'infections sont possibles :

- ✦ **superficielle**, au niveau de la peau. Elle se traite avec des soins locaux,
- ✦ **plus profonde**, au niveau de la graisse ou des muscles. Un nettoyage local est parfois nécessaire associé à des antibiotiques. Les séquelles sont exceptionnelles,
- ✦ au niveau de l'os et du disque réalisant une **spondylodiscite**. Rare, elle peut laisser des séquelles. Le traitement consiste à donner des antibiotiques pendant 6 semaines à 3 mois et parfois à réopérer pour nettoyer le site chirurgical.
- ✦ au niveau des méninges et du liquide céphalorachidien (**méningite**). C'est l'infection la plus rare mais la plus grave.

COMPLICATIONS THROMBOEMBOLIQUES

Phlébites et **embolies** pulmonaires sont la conséquence de la formation d'un caillot sanguin dans une veine (phlébite) et sa projection (embolie) jusqu'au poumon. Elles sont favorisées par de nombreux facteurs qui dépendent de la

fois du patient comme de l'allitement prolongé. Dès que possible, le patient est levé et encouragé à marcher afin de limiter leur survenue.

HÉMATOME

Les muscles paravertébraux, l'os et l'espace péri-dural sont richement vascularisés et il existe toujours un hématome dans la plaie d'une intervention rachidienne. Dans beaucoup de cas, cet hématome va exercer une légère pression, mais une partie seulement des patients va présenter des symptômes. C'est l'**hématome péri-dural** symptomatique. Le saignement se produit avec un intervalle libre de 24h à 48h durant lequel le patient va bien et même parfois déambule sans trop de problèmes.

Le patient se plaint de douleurs dans le dos et dans les membres inférieurs accentués par la position assise ou debout. Les douleurs sont moins fortes en position allongée. En cas d'abord cervical antérieur, il peut s'agir d'une dysphagie voire de troubles respiratoires (**hématome rétropharyngé cervical**).

En cas de tableau douloureux on mettra le patient au repos. Les symptômes s'amendent généralement en 3 à 5 jours.

En cas de tableau déficitaire, une réintervention avec évacuation de l'hématome sera envisagée.

PROBLÈMES LIÉS AUX IMPLANTS

Les implants utilisés pour stabiliser la colonne vertébrale peuvent par eux même causer des complications. On distinguera trois cas de figure : le **malpositionnement** des implants, leur **mobilisation secondaire** et le **bris** des implants.

- ✦ Un implant mal positionné peut entraîner une compression d'une racine ou du cordon médullaire, une lésion d'un vaisseau (comme l'aorte) ou simplement ne pas assurer sa fonction d'ancrage.
- ✦ Un implant peut se mobiliser **secondairement**. La cause la plus commune est l'absence de pont osseux solide entre les vertèbres (pseudarthrose), l'ostéoporose, un montage initial insuffisant, ainsi que l'infection chronique.
- ✦ Le **bris** du matériel signe l'absence de consolidation, souvent aseptique.

Que le malpositionnement soit documenté durant ou après l'intervention, le clinicien devra évaluer l'opportunité de le corriger. Si le malpositionnement est symptomatique (radiculalgie ou déficit), on préférera toujours une réintervention.