

CANAL LOMBAIRE ÉTROIT

— Définition et cause

Le canal lombaire étroit correspond à un **rétrécissement progressif du canal** par lequel passent les nerfs destinés aux **membres inférieurs** et au périnée. Ce rétrécissement, ou sténose, est la conséquence de l'arthrose de la colonne vertébrale. En effet, au fur et à mesure que l'arthrose se développe, les tissus et ligaments vont s'affaïsser, puis bomber dans le canal. Les articulations entre les vertèbres vont se déformer et s'élargir (ostéophyte ou bec de perroquet). Parfois, les vertèbres vont même glisser progressivement les unes par rapport aux autres (spondylolisthésis dégénératif, scoliose ou dislocation).

— Evolution

Les nerfs vont s'adapter à ce rétrécissement pendant toute la première période de cette maladie, qui peut rester totalement silencieuse pendant des années. Puis à partir d'un certain degré de sténose, l'atteinte nerveuse va se manifester par des **douleurs** et/ou des **difficultés à marcher**.

— Symptômes

Le symptôme le plus classique du canal lombaire étroit est la claudication intermittente. Il s'agit d'une difficulté à la marche qui s'installe progressivement au bout d'un certain périmètre de marche (quelques centaines de mètres, parfois beaucoup moins), et qui force la personne à s'arrêter quelques minutes avant de repartir. Il peut s'agir soit de faiblesse dans les jambes, soit de **sciaticques** dans une ou les deux jambes. L'évolution se fait en règle générale vers l'aggravation et le raccourcissement progressif de ce périmètre de marche. Aux stades les plus évolués, peut survenir une paralysie. Lorsque le canal lombaire étroit est associé à une instabilité vertébrale ou à une scoliose, on retrouve souvent des douleurs lombaires en plus de ces symptômes dans les jambes.

— Les examens

Le canal lombaire étroit se diagnostique très bien sur un **scanner du rachis lombaire**. Il est indispensable de réaliser également des **radiographies** plus globales de la **colonne vertébrale** pour avoir une vision d'ensemble et rechercher d'éventuelles instabilités vertébrales.

— Possibilités de traitement

A l'heure actuelle, il n'existe **aucun traitement pour empêcher l'arthrose** de la colonne vertébrale de se développer, ni même pour ralentir son évolution ; Il n'y a donc aucun traitement à mettre en place tant que la personne ne souffre pas de son canal lombaire étroit. Lorsque les symptômes apparaissent, le traitement médical va associer les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires et parfois des massages ou des infiltrations. Le but de ce traitement est de calmer l'inflammation autour des **racines nerveuses comprimées** et d'attendre une possible résolution de la crise. La tendance générale est tout de même à l'aggravation progressive, souvent sur plusieurs années. En fonction de l'évolution, le médecin et le patient vont se faire une idée sur l'efficacité de ce traitement et prendre un avis chirurgical si ce n'est pas le cas.

— La chirurgie

Si l'évolution n'est pas bonne, le chirurgien, en fonction de la gravité des symptômes présentés par le patient, de la durée d'évolution et de la sévérité du canal lombaire étroit, va se prononcer sur la nécessité ou non de recourir à une chirurgie pour **décompresser les racines nerveuses souffrantes**. Il s'agit d'une chirurgie qui s'effectue par le dos. Le but est de retirer une portion de la partie arrière de la vertèbre (laminectomie) pour redonner la place suffisante aux racines nerveuses et permettre à la colonne de poursuivre son vieillissement sans entraîner de nouveaux phénomènes compressifs

La chirurgie du canal lombaire étroit est une des **interventions les plus pratiquées** sur la colonne vertébrale et existe depuis plus de 50 ans. 2 éléments vont être importants à considérer pour la réussite d'une telle opération :

- **ne pas laisser la paralysie s'installer avant de se faire opérer** : En effet, une fois que les premiers signes de paralysie sont apparus, la récupération nerveuse, même après chirurgie, reste très aléatoire. Il faut savoir que la chirurgie vertébrale ne permet pas de régénérer un nerf dont la lésion serait définitive, mais permet uniquement en le décompressant, de le placer dans l'environnement optimal pour que cette lésion puisse guérir spontanément.
- savoir diagnostiquer les patients qui n'ont besoin que d'une **libération nerveuse, de ceux chez qui un geste supplémentaire de stabilisation de la colonne** est indispensable pour le résultat à long terme. Cette stabilisation se fait par une ostéosynthèse, c'est à dire par la mise en place d'implants qui vont renforcer la colonne par l'intermédiaire de vis, le plus souvent.

— Les soins post-opératoires à la clinique

Le **premier lever se fait en règle générale le jour même de l'intervention**. Il n'y a pas besoin d'immobilisation, ni de corset, à l'exception des cas où une ostéosynthèse a été réalisée. 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. Durant votre séjour à la clinique, vous retrouverez une certaine autonomie pour ces gestes de la vie quotidienne. 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 2-3 premières semaines, il ne faudra pas essayer de reprendre les activités du quotidien (ménage, courses, conduite automobile, port de charge même légère).

Puis, passé cette période initiale, les soins de kinésithérapies débiteront 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 récupération de l'endurance à l'effort peut prendre de quelques semaines à quelques mois selon les lésions initiales.

Durant cette période, vous serez autorisé à reprendre très progressivement toutes vos activités habituelles, en écoutant votre corps et les éventuelles douleurs à l'effort qui devront vous servir de limite.

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 [Canal lombaire étroit](#) sur notre site.

