

# SPONDYLOLISTHESIS

## — Définition et cause

Le spondylolisthesis est un **glissement progressif d'une vertèbre** sur celle du dessous. Il peut soit faire suite à une rupture osseuse d'une des attaches qui lie les vertèbres entre elles (**lyse isthmique**), et dans ce cas causer des symptômes chez les jeunes adultes (15-45 ans), soit être la conséquence d'une forme d'arthrose qui va déformer les articulations entre les vertèbres et entraîner conjointement un canal lombaire étroit, en règle générale après 60 ans. Ce dernier cas est traité dans la rubrique canal lombaire étroit.

## — Evolution

La fracture ou lyse isthmique qui est la cause du spondylolisthesis à souvent **lieu dans l'enfance** et passe inaperçue la plupart du temps. La personne peut vivre avec cette fracture sans présenter aucun symptôme pendant de nombreuses années, avant que des lombalgies n'apparaissent. A partir du moment où les symptômes sont apparus, les douleurs ont **tendance à s'aggraver avec le temps**.

## — Symptômes

La lyse isthmique peut dans de rares cas être diagnostiquée au moment auquel elle a lieu, c'est à dire dans l'enfance ou l'adolescence. Elle se manifeste alors par des douleurs lombaires brutales. Dans tous les autres cas, la fracture se fera progressivement et silencieusement ; on parle de fracture de fatigue. Chez la plupart des personnes, le spondylolisthésis est diagnostiqué bien plus tardivement, sur une simple radiographie réalisée dans le cadre du bilan de **douleurs lombaires** qui répondent mal au traitement antalgique. Des **sciatiques**, souvent limités aux fesses ou à l'arrière des cuisses font également partie des symptômes. En cas de glissement important de la vertèbre, il existe une déformation du bas du dos et du bassin qui peut être visible. Rarement, des signes de paralysie au niveau des jambes peuvent apparaître.

## — Les examens

Une **simple radiographie du rachis lombaire** permet le plus souvent de diagnostiquer le spondylolisthésis. Le **scanner lombaire**, qui est le meilleur examen pour visualiser les fractures et les contours des os en général, est indispensable pour le bilan de la maladie. **L'IRM** a une place importante dans le bilan, puisqu'elle va permettre de préciser l'état du disque entre les vertèbres qui glissent, ainsi que l'état des disques sus-jacents.

## — 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 du à un spondylolisthésis ne peut être envisagée qu'**après échec d'un traitement médical** aussi long et complet que possible. Le principe de la chirurgie est de réaliser une fusion (**arthrodèse**) entre les deux vertèbres instables puisque les moyens d'unions naturels de ces vertèbres ne sont plus suffisants. Cette fusion osseuse devra avoir lieu une fois que la vertèbre glissée ait été **remise en bonne position** pour ne pas laisser se développer une déformation du dos qui pourrait entraîner une dégénérescence prématurée des disques au-dessus.

## — La chirurgie

La chirurgie du spondylolisthésis est une chirurgie qui a pour objectif conjoint la **correction de la déformation** de la colonne (réduction du spondylolisthésis) et la **fusion des vertèbres** (arthrodèse). Cette chirurgie peut être réalisée selon différentes techniques, qui n'auront pas toutes exactement les mêmes buts et donc des résultats pas toujours comparables. La technique pratiquée au CCV Montpellier est la technique qui nous permet de réaliser au mieux les deux objectifs cités ci-dessus. Le traitement comporte **deux interventions successives**, réalisée le même jour, sous la même anesthésie générale. La première intervention se fait **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, le chirurgien réalisera une incision de 5 à 7 cm, à travers laquelle il va réaliser l'ablation du disque et la mise en place d'un implant (**cage d'arthrodèse**) fixée aux 2 vertèbres. C'est lors de ce temps chirurgical que le spondylolisthésis est remis en place, et la colonne vertébrale rééquilibrée, pour éviter que dans le futur le problème ne se répercute sur les disques sus-jacents.

Puis vient la deuxième chirurgie, qui est une chirurgie plus simple, également mini-invasive ou **per-cutanée**, de mise en place d'implant métallique de fixation (**ostéosynthèse**) par le dos, pour garantir les meilleures chances de fusion vertébrale. Le parfait **positionnement des vis** est facilité par la mise en place au préalable de broches guides **sous contrôle scanner** (phase de pré-implantation scanner) en collaboration avec nos **radiologues interventionnels**. Cette **technique** de guidage a été développé de façon **exclusive au CCV Montpellier**. Sa précision est garante d'une **sécurité optimale** dans le placement des implants et permet une **préservation totale des muscles paravertébraux**.

Comme pour la chirurgie de prothèse discale, la chirurgie du spondylolisthésis 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-opératoires 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 pendant les premières semaines suivant la chirurgie. Il s'agira alors d'un corset amovible en plastique adapté, qui aura été au préalable moulé sur mesure. Il devra être porté 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 2 à 4 jours** 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 2ème ou la 3ème 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 3ème 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 entre le 4ème et le 6ème mois, 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 [Spondylolisthesis](#) sur notre site.

