

Physiothérapie	
Procédure:	J.-P. Gallice, I. Griveaud, Dr D. Dominguez
DS:	mars 2017
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG Pr A. Perrier, Directeur médical HUG
Classement sous:	Secteur Locomoteur
N°:	1.04 (2)

REEDUCATION APRES CHIRURGIE DU RACHIS

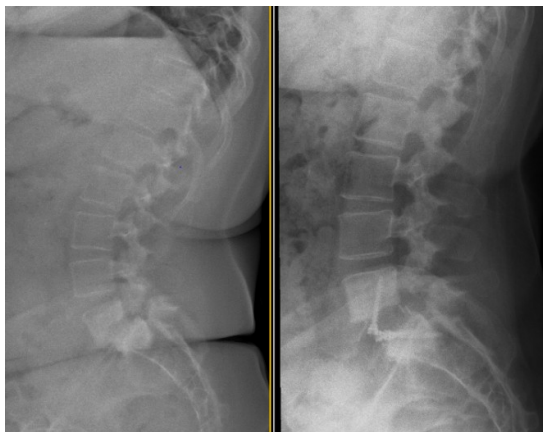
Domaine

Musculo-squelettique

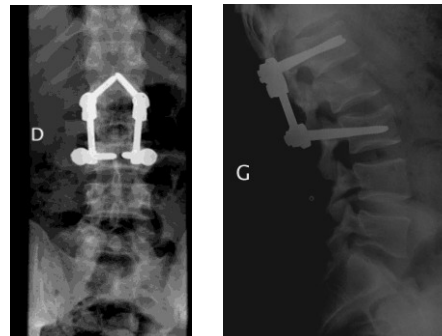
Définition

Chirurgie lombaire et thoracique:

- Spondylodèse postérieure ouverte mini-invasive surgery (MIS)
- Spondylodèse par MIS en voie antérieure
- Spondylodèse par MIS en voie latérale
- Correction de scoliose par voie postérieure ouverte ou MIS
- Correction de scoliose MIS en triple abord
- Discectomie pour hernie discale lombaire
- Cyphoplastie par ballonnet.



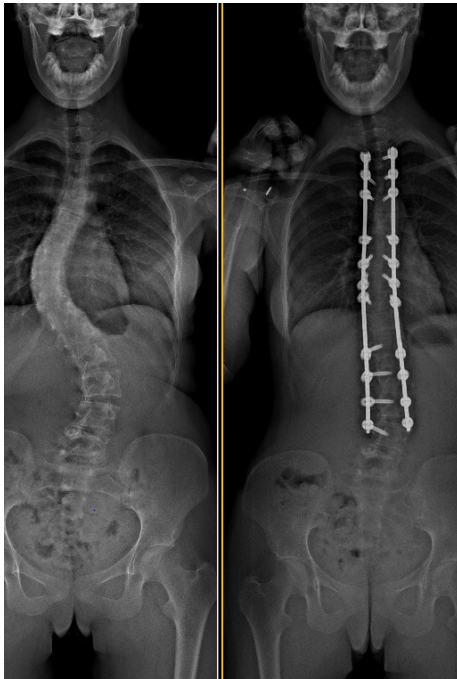
Spondylodèse par MIS en voie antérieure



Spondylodèse postérieure



Correction de scoliose MIS en triple abord



Correction de scoliose MIS postérieure



Correction de scoliose voie postérieure ouverte

Chirurgie cervicale:

- discectomie et spondylodèse par voie antérieure (on met une cage à la place du disque),
- prothèse cervicale.

Indications

Chirurgie lombaire et thoracique:

Sur fractures avec:

- troubles neurologiques,
- instabilité mécanique,
- déformation (cyphose).

Sur troubles dégénératifs avec:

- claudication neurogène,
- lombalgies chroniques,
- hernie discale avec lombosciatalgies.

Chirurgie cervicale:

Sur fractures:

- idem que lombaire.

Sur troubles dégénératifs:

- canal cervical étroit,
- hernie discale avec cervicobrachialgies.

Précautions

- Suivre en priorité les prescriptions de l'opérateur (cf. rapport opératoire).
- Le type d'antalgie peut modifier le délai de mobilisation (cf. protocole antalgie).

Risques

Douleurs, complications neurologiques

Déroulement de la physiothérapie postopératoire

J0 – J1:

Position la plus confortable au lit: dossier à 45° et genoux fléchis.

Mobilisation en monobloc (c'est à dire genoux fléchis avec un coussin, bras repliés sur le thorax).

Exercices circulatoires des membres inférieurs.

Exercices respiratoires par spirométrie.

PCA de Fentanyl (analgésie contrôlée par le patient).

J1 – J3:

Mise au fauteuil: chaise à dossier droit, angle torse-cuisse à 90°.

Travail des transferts lit-debout de façon monobloc.

Rééducation à la marche: 1^{ère} marche avec ou sans moyen auxiliaire dès J1. Ceci améliore sensiblement les douleurs postopératoires.

Apprentissage des manœuvres de protection de la colonne vertébrale: éviter tout mouvement de rotation et de flexion antérieure.

Exercices isométriques de la sangle abdominopelvienne et de la musculature dorsolombaire dès J1.

J3 – J5

Rééducation à la marche en augmentant le périmètre de marche; escaliers selon possibilités; exercices isométriques de muscles quadriceps, dorsaux et abdominaux.

J5 – J7

Retour à domicile en cas de mini invasive surgery (MIS): pas de physiothérapie spécifique hormis des exercices isométriques pendant 6 semaines, mais augmentation progressive des activités de la vie quotidienne sans forcer (pas de port de charges).

Gainage abdominal et de la musculature dorsolombaire (multifidus) en position neutre, en évitant les mouvements de flexion, d'extension et de torsion, donc des exercices exclusivement isométriques.

Si suite de traitement nécessaire (prévu en avance lors de la consultation), elle se déroulera soit à Joli-Mont pour encadrement avant un retour à domicile, soit à Beau-Séjour (unité de rééducation orthopédique) si une rééducation s'avère nécessaire.

Sixième semaine:

Rendez-vous chez le chirurgien. Physiothérapie prescrite si besoin pour le renforcement musculaire des muscles dorsaux, abdominaux et ceux des membres inférieurs. Vélo, natation sur le dos peuvent être commencés (sport plus intensif après 6 mois).

Dans le cas d'un raccourcissement des muscles iliopsoas et/ou ischiojambiers: étirements des muscles iliopsoas, adducteurs, abducteurs et ischiojambiers.

Manœuvres de compensation rachidienne (rétroversion du pelvis).

Après 6 mois puis 1 an:

Visite de contrôle chez le chirurgien

Situations spéciales

Discectomie:

- Rachis cervical: lever et marche à J0 ou J1
- En présence de douleurs abdominales en cas d'abord par voie lombaire antérieure, une ceinture abdominale peut être portée. Pas de flexion, ni de rotation

Matériel utilisé – entretien

Dans de rares cas, un corset peut être prescrit après chirurgie.

Bibliographie

- Chirurgie orthopédique et traumatologie ostéoarticulaire de l'adulte et de l'enfant
Sous la direction du Dr Michel Rufenacht
Ed. Médecine et Hygiène, 2004
- Spine Surgery
Alexander R. Vaccaro, Eli M. Baron
Elsevier Health Sciences, 2007
- Vidéo pour les transferts monoblocs: <https://www.youtube.com/watch?v=G5jfWMpFJNw>