INTERVENTIONS · COLONNE VERTÉBRALE

Arthrodèse vertébrale

Fixer et souder deux vertèbres ou plus pour stabiliser la colonne, corriger un glissement ou libérer durablement un nerf comprimé.

Contenu sous la responsabilité du **Dr Gilles Zah-Bi**, neurochirurgien (RPPS 10101231446) · Date de relecture : 8 novembre 2026

POUR	ANESTHÉSIE	SÉJOUR	CONSOLIDATION
Spondylolisthésis, instabilité, certaines discopathies, hernie cervicale, fractures, tumeurs	Générale	2 à 4 jours	Environ 3 à 6 mois

Le problème

Lorsqu'un segment de la colonne est instable, parce qu'une vertèbre glisse ou qu'un disque est très abîmé, le mouvement anormal peut entretenir des douleurs du dos et comprimer les nerfs.

Quand l'intervention est discutée

- **Spondylolisthésis** : glissement d'une vertèbre sur l'autre, responsable de douleurs de dos et de jambes.
- **Instabilité** ou canal lombaire étroit associé à une instabilité, lorsque la simple libération ne suffirait pas.
- **Certaines discopathies** douloureuses, après échec d'un traitement médical prolongé et bien conduit, et sur des critères précis.
- **Hernie discale et arthrose cervicales** : arthrodèse par voie antérieure après ablation du disque.
- **Fractures et tumeurs** de la colonne, pour rétablir la stabilité.

Une arthrodèse n'est jamais proposée pour une simple lombalgie sans anomalie identifiée sur l'imagerie. L'indication se pose sur l'examen, l'IRM et des radiographies, parfois dynamiques.

Les alternatives

- Traitement médical et kinésithérapie de renforcement.
- Infiltrations, selon les situations.
- Libération nerveuse seule, sans fixation, lorsque la colonne est stable.
- Pour certaines hernies discales cervicales, prothèse discale plutôt que fixation.

Le principe de l'intervention

L'arthrodèse consiste à supprimer le mouvement entre deux vertèbres ou plus, lorsque ce mouvement est anormal ou douloureux. Les vertèbres sont d'abord maintenues par un matériel (vis et tiges, cage placée à la place du disque), puis elles se soudent progressivement grâce à une greffe osseuse ou un substitut. Le matériel assure la stabilité le temps que l'os fusionne.

Le Dr Zah-Bi réalise les arthrodèses par voie mini-invasive : les vis sont posées à travers la peau (voie percutanée), guidées par l'imagerie, et la cage est mise en place par une incision réduite, en préservant autant que possible les muscles du dos. Voir la fiche Chirurgie mini-invasive du rachis.

- **Voie postérieure** : vis dans les pédicules des vertèbres, reliées par des tiges, avec ou sans cage intersomatique (TLIF, PLIF). Les vis sont posées par voie percutanée.
- **Voie antérieure ou latérale** : mise en place d'une cage par le ventre ou le flanc (ALIF, OLIF), selon le niveau et l'anatomie.
- **Voie cervicale antérieure** : ablation du disque par une courte incision au cou et mise en place d'une cage (ACDF).

Le choix de la voie dépend du niveau, de la lésion et de votre morphologie.

Bénéfices attendus et limites

L'arthrodèse vise à soulager les douleurs liées à l'instabilité et à la compression nerveuse. Les segments non opérés conservent leur mobilité. À long terme, les disques voisins peuvent s'user davantage et nécessiter, dans une minorité de cas, une nouvelle intervention.

Les risques

- infection, hématome, brèche de la dure-mère ;
- atteinte d'une racine nerveuse, malposition d'une vis pouvant nécessiter une reprise ;
- absence de fusion osseuse (pseudarthrose), favorisée par le tabac ;
- usure du disque voisin à long terme ;
- phlébite, embolie pulmonaire, complications liées à l'anesthésie ;
- pour la voie cervicale antérieure : troubles transitoires de la déglutition ou de la voix.

La préparation

Une consultation d'anesthésie est programmée quelques jours avant. Les traitements anticoagulants ou antiagrégants sont adaptés sur avis médical, jamais interrompus de vous-même. Le détail figure dans la page Préparer votre hospitalisation.

L'arrêt du tabac, idéalement plusieurs semaines avant l'intervention, est particulièrement important : le tabac freine la soudure osseuse.

Hospitalisation et suivi

Le lever a lieu le lendemain en général. La marche est encouragée dès les premiers jours. Le port de charges lourdes et les efforts de soulèvement sont évités pendant environ trois mois, le temps de la consolidation. L'arrêt du tabac est particulièrement important : il réduit nettement le risque de non-fusion. Une radiographie de contrôle vérifie l'évolution. Consignes détaillées : Après l'opération.

Questions fréquentes

Sentirai-je le matériel ?

Non, le plus souvent. Le matériel est placé en profondeur et n'est pas retiré en règle générale.

Pourrai-je reprendre le sport ?

Oui, dans la plupart des cas, après la consolidation osseuse, vérifiée en consultation, en général à partir de trois à six mois.

Pathologies concernées

Canal lombaire étroit **Spondylolisthésis** **Hernie discale cervicale** **Myélopathie cervicale** **Tumeurs de la colonne et de la moelle épinière**

Pour aller plus loin

Informations complémentaires auprès des sociétés savantes et organismes de référence :

- Fiche SFCR — Discopathie lombaire (https://www.sfcr.fr/patients/espace-patients/fiches-informations)

- Fiche SFCR — Hernie discale cervicale (https://www.sfcr.fr/patients/espace-patients/fiches-informations)

Cette page donne une information générale. Elle ne remplace pas une consultation : l'indication, la technique et les suites sont adaptées à chaque patient. En cas d'urgence, appelez le 15.