INTERVENTIONS · COLONNE VERTÉBRALE

Chirurgie mini-invasive du rachis

Traiter une compression nerveuse ou stabiliser la colonne par une incision réduite, en préservant autant que possible les muscles du dos.

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

POUR	ANESTHÉSIE	SÉJOUR	REPRISE
Hernie discale lombaire et cervicale, canal lombaire étroit, certaines arthrodèses et fractures	Générale	Ambulatoire à 2 jours pour une hernie discale	Marche dès le jour même ou le lendemain

Le problème

Une hernie discale ou un rétrécissement du canal rachidien peuvent comprimer une racine nerveuse ou la moelle épinière. Il en résulte une douleur qui descend dans la jambe ou le bras, des fourmillements, parfois une faiblesse ou une gêne à la marche.

Quand l'intervention est discutée

- **Hernie discale lombaire** responsable d'une sciatique ou d'une cruralgie qui persiste malgré le traitement médical, ou avec un déficit : ablation de la hernie (microdiscectomie ou endoscopie biportale).
- **Canal lombaire étroit** : libération du canal (recalibrage) par une ou deux petites incisions.
- **Hernie discale cervicale** : ablation du disque par voie antérieure, avec arthrodèse ou prothèse, ou foraminotomie postérieure mini-invasive selon les cas.
- **Arthrodèse** et **fractures vertébrales** : pose de vis percutanée lorsque la situation s'y prête.

Toutes les lésions ne se prêtent pas à une approche mini-invasive. Le choix de la technique dépend de l'imagerie, du nombre de niveaux concernés et de votre morphologie ; il vous est expliqué en consultation.

Les alternatives

- Traitement médical : antalgiques, anti-inflammatoires, repos relatif, puis reprise progressive de l'activité.
- Kinésithérapie et éducation au mouvement.
- Infiltrations, selon les situations.
- Surveillance : une grande partie des sciatiques et des névralgies cervico-brachiales s'améliorent en quelques semaines.

Le principe de l'intervention

En chirurgie classique, l'accès à la colonne se fait en décollant les muscles de l'os sur toute la longueur nécessaire. Les techniques mini-invasives atteignent la même cible par une incision plus courte, en écartant les fibres musculaires. Deux techniques sont utilisées. L'**écarteur tubulaire sous microscope** : un tube est glissé entre les fibres musculaires par une incision de 2 à 3 centimètres, et le geste est réalisé sous microscope opératoire. L'**endoscopie biportale** (UBE) : une caméra et des instruments fins sont introduits par deux petites incisions d'environ un centimètre. Ces deux techniques permettent de retirer une hernie discale, de libérer un canal lombaire étroit des deux côtés par un abord d'un seul côté, et de réaliser une foraminotomie. Le choix entre elles dépend de la lésion, de votre anatomie et de l'expérience du chirurgien ; il vous est expliqué en consultation. Pour les fixations, les vis peuvent être posées à travers la peau (voie percutanée), guidées par l'imagerie.

L'objectif est le même qu'en chirurgie ouverte : libérer le nerf ou la moelle, ou stabiliser la colonne. La voie d'abord change, pas le geste.

1. Installation sous anesthésie générale, le plus souvent à plat ventre pour la région lombaire, sur le dos pour la voie cervicale antérieure.
2. Repérage du niveau exact par radiographie peropératoire.
3. Incision de 2 à 3 centimètres pour un écarteur tubulaire, ou deux incisions d'environ un centimètre en endoscopie biportale.
4. Sous microscope ou sous endoscope, ablation du fragment de disque ou de l'os et du ligament qui compriment le nerf.
5. Fermeture, souvent par fils résorbables ou colle.

Bénéfices attendus et limites

Par rapport à une chirurgie ouverte, l'approche mini-invasive permet en général moins de douleur au niveau de la cicatrice, un saignement plus faible et une reprise plus rapide de la marche. Le résultat sur la compression nerveuse est comparable lorsque l'indication est bien posée.

Elle ne supprime pas les risques propres à toute chirurgie du rachis, et ne traite pas l'usure des disques voisins. Une récidive de hernie discale reste possible, le plus souvent dans les premiers mois.

Les risques

Comme toute intervention, cette chirurgie comporte des risques, rares mais qui doivent être connus :

- infection de la cicatrice ou du disque ;
- brèche de la dure-mère (enveloppe des nerfs), habituellement réparée pendant l'intervention ;
- hématome comprimant les nerfs, pouvant nécessiter une réintervention ;
- atteinte d'une racine nerveuse, exceptionnellement définitive ;
- phlébite, complications liées à l'anesthésie ;
- récidive de la hernie ou persistance de douleurs.

Ces risques sont détaillés en consultation au regard de votre situation.

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.

Hospitalisation et suivi

Le lever a lieu le jour même ou le lendemain. La douleur de jambe diminue souvent rapidement ; les fourmillements et la faiblesse éventuelle peuvent mettre plus longtemps à récupérer. Les consignes détaillées figurent dans la page Après l'opération.

Questions fréquentes

Combien de temps dure l'intervention ?

Le plus souvent une à deux heures pour une hernie discale sur un niveau. La durée exacte dépend de la lésion et vous est indiquée en consultation.

La douleur disparaît-elle immédiatement ?

La douleur de jambe ou de bras diminue souvent rapidement, mais les fourmillements et la faiblesse peuvent mettre plusieurs semaines à récupérer.

Pathologies concernées

Hernie discale lombaire **Canal lombaire étroit** **Spondylolisthésis** **Hernie discale cervicale** **Myélopathie cervicale**

Pour aller plus loin

Informations complémentaires auprès des sociétés savantes et organismes de référence :

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