FICHE D'INFORMATION

Arthrodèse lombaire par voie antérieure

Pourquoi · L'opération · Les risques

Une arthrodèse lombaire par voie antérieure vous est proposée. Cette fiche vous explique simplement **pourquoi, comment se déroule l'intervention et quels en sont les risques**. Elle complète la consultation et ne la remplace pas : notez vos questions, nous y répondrons ensemble. Prenez le temps de réfléchir avant de décider.

CHAPITRE 1

1 Pourquoi une arthrodèse ?

Le disque, un amortisseur. Entre deux vertèbres se trouve un disque, formé d'un noyau central souple entouré d'un anneau fibreux solide. Il permet à la colonne de bouger et amortit les chocs. Le disque le plus bas, entre la dernière vertèbre lombaire et le sacrum (**L5-S1**), supporte les charges les plus fortes : c'est lui que l'on opère le plus souvent.

Une arthrodèse, c'est quoi ? C'est **bloquer définitivement deux vertèbres entre elles**. Le disque malade est retiré et remplacé par une cage remplie de greffe osseuse. En quelques mois, l'os pousse à travers la cage et les deux vertèbres ne forment plus qu'un seul bloc. Le mouvement douloureux disparaît. Quand on ne bloque qu'un seul niveau, tout en bas du dos, la perte de mobilité est en général peu gênante au quotidien.

Nous la proposons principalement dans deux situations.

Situation 1 — Le disque usé et inflammatoire (discopathie)

Avec le temps, le disque se déshydrate, s'affaisse et se fissure. Chez certaines personnes, ce disque abîmé devient lui-même douloureux. L'IRM montre alors souvent une inflammation de l'os des vertèbres de part et d'autre du disque (« **signes de Modic** ») : on parle de discopathie inflammatoire.

L'usure des disques est très fréquente et fait partie du vieillissement normal, même sans douleur[3]. Voir un disque usé sur une IRM ne suffit donc pas : il faut que ce disque soit bien la cause de vos douleurs. C'est tout l'enjeu du bilan.



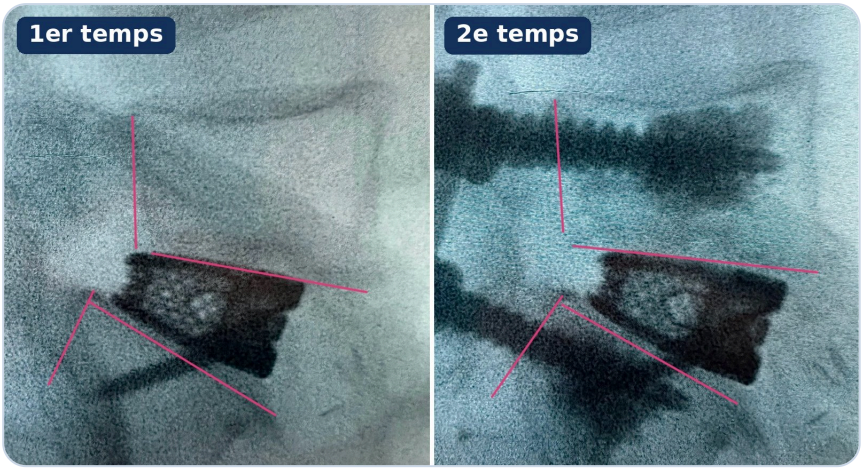
Disque usé et affaissé : l'os des vertèbres voisines est inflammatoire (« signes de Modic »).

Situation 2 — Le glissement de vertèbre par lyse isthmique

À l'arrière de chaque vertèbre, un petit pont osseux, l'**isthme**, relie les différentes parties de la vertèbre. Il peut se rompre, le plus souvent dès l'enfance ou l'adolescence, sans que l'on s'en rende compte : c'est la **lyse isthmique**. Elle est fréquente : on la retrouve au scanner chez **6 à 11 % des adultes**[1,2], souvent sans aucune douleur.

Privée de cette attache, la vertèbre (le plus souvent L5) peut glisser vers l'avant sur celle du dessous : c'est le **spondylolisthésis**. Le disque situé sous la vertèbre qui glisse s'use alors plus vite, et les nerfs qui sortent à ce niveau peuvent être comprimés.

En cas de glissement important, un **complément de correction par l'arrière** peut être nécessaire, lors d'un second temps opératoire. Nous vous le préciserons en consultation.



Exemple de glissement de L5 sur le sacrum par lyse isthmique, vu de profil pendant l'opération. 1er temps : la cage est mise en place par le ventre. 2e temps : un complément de correction réduit le glissement ; les traits montrent l'alignement de L5 sur le sacrum.

Les symptômes possibles

Type	Ce que vous pouvez ressentir
Douleur du dos	Bas du dos, « en barre », parfois vers les fesses ou le haut des cuisses
Rythme	Aggravée assis longtemps, penché en avant, debout prolongé ou en portant des charges ; soulagée en changeant de position ou allongé
Douleur dans la jambe	Possible, surtout en cas de glissement : un nerf est comprimé à sa sortie de la colonne. **En redonnant de la hauteur au disque, l'opération libère souvent ce nerf.**
Retentissement	Difficultés à rester assis, à travailler, à dormir

Avant de proposer l'opération, nous vérifions qu'un traitement sans chirurgie bien conduit pendant au moins 6 mois (kinésithérapie, médicaments, activité physique adaptée, parfois infiltrations) n'a pas suffi, et que le disque est bien en cause. Examens : IRM lombaire et radiographies debout, dont clichés en flexion et extension, complétés si besoin par d'autres examens.

La décision d'opérer repose surtout sur **le retentissement de vos douleurs sur votre qualité de vie**, et pas seulement sur les résultats des examens.

Pourquoi par le ventre ? Cette voie permet d'atteindre le disque par l'avant, **sans toucher aux muscles du dos ni aux nerfs**. Le disque peut être retiré en totalité, ce qui permet de placer une grande cage, de redonner

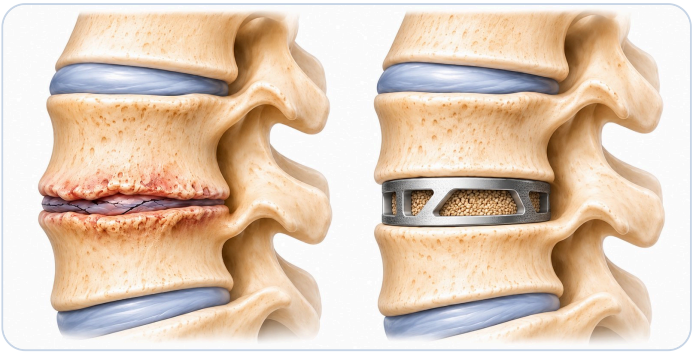
au disque sa hauteur et de rétablir la courbure naturelle du bas du dos. La surface de contact entre l'os et la greffe est large, ce qui favorise la consolidation osseuse.

Arthrodèse et prothèse dans la même opération. Lorsque le disque du dessus (L4-L5) est lui aussi abîmé mais encore adapté à une prothèse, les deux techniques peuvent être associées par la même incision : une **prothèse en L4-L5** pour conserver du mouvement, et une **arthrodèse en L5-S1**. On parle de montage « hybride ».

CHAPITRE 2

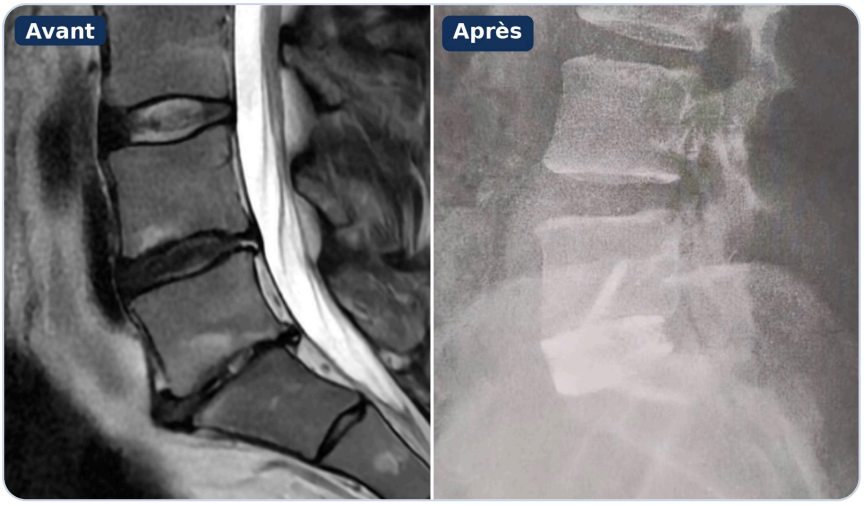
2 L'opération

La cage et la greffe. La cage est une petite pièce en titane, creuse, placée à la place du disque. Elle est fixée aux deux vertèbres par des **vis intégrées**, ce qui la rend stable dès l'opération, sans vis à poser par le dos. Elle est remplie d'une greffe qui associe trois éléments :



Avant : le disque malade est affaissé et l'os voisin inflammatoire. Après : la cage remplie de greffe restaure la hauteur du disque ; l'os va pousser à travers elle pour assurer la consolidation osseuse entre les deux vertèbres.

- de la **moelle osseuse** prélevée sur votre bassin (la crête iliaque) par une simple ponction à l'aiguille, pendant l'intervention, le plus souvent du côté gauche, sans incision ;
- de la **poudre d'os** issue d'une banque de tissus : il s'agit d'os de donneurs, contrôlé et traité selon des règles strictes de sécurité sanitaire ;
- une **protéine qui stimule la fabrication d'os**, pour favoriser la consolidation osseuse.

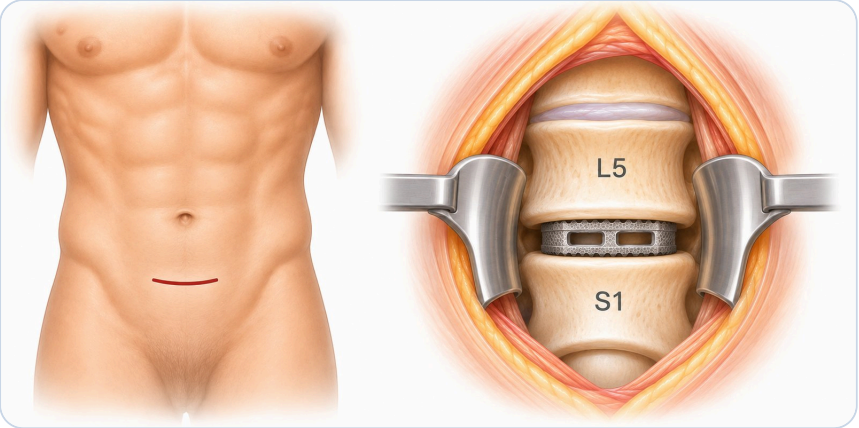


Avant : à l'IRM, le disque malade est usé et affaissé ; il apparaît noir, alors qu'un disque sain est clair. Après : sur la radiographie, la cage vissée est en place et a redonné au disque sa hauteur.

Comment se déroule l'intervention (1 à 2 heures)

Étape	Ce qui se passe
1	**Anesthésie générale.** Vous êtes installé(e) sur le dos.
2	**Incision horizontale en bas du ventre**, au niveau de la ligne du slip, au milieu.

Étape	Ce qui se passe
3	Le chirurgien passe derrière l'enveloppe des intestins (le péritoine), **sans l'ouvrir**, et écarte doucement les intestins, l'uretère et les gros vaisseaux (aorte, veine cave, vaisseaux iliaques) qui passent devant la colonne.
4	Le niveau à opérer est **repéré par radiographie** pendant l'opération.
5	Le disque malade est **retiré en totalité** et les surfaces des vertèbres sont préparées pour recevoir la greffe.
6	**Ponction de moelle osseuse** à l'aiguille sur le bassin, le plus souvent à gauche, pour préparer la greffe.
7	La **cage, remplie de greffe**, est mise en place puis fixée par ses vis. Sa position est contrôlée par radiographie.
8	Les vaisseaux et les organes reprennent leur place. **Fermeture** de la paroi et de la peau, sans drain.



À gauche : l'incision horizontale, au milieu du bas du ventre. À droite : la cage en place entre L5 et S1, les organes et les vaisseaux étant écartés.

> **Votre sécurité :** l'abord est réalisé par votre chirurgien. Un chirurgien vasculaire est toujours présent dans l'établissement et peut intervenir immédiatement en cas de besoin.

En cas de montage hybride, la prothèse (en L4-L5) et la cage (en L5-S1) sont posées pendant la même opération, par la même incision. Les suites sont celles de la prothèse, avec le port d'un corset.

> **Le tabac et la consolidation osseuse.** Le tabac augmente nettement le risque d'absence de consolidation osseuse (pseudarthrose). Si vous fumez, **arrêter est la meilleure chose que vous puissiez faire pour la réussite de votre opération**. Votre médecin traitant ou un tabacologue peut vous y aider.

Après l'opération

Quand	Ce qui se passe
Jour J	Environ 1 heure en salle de réveil, puis retour en chambre. **Premier lever 3 heures après l'opération.** Une sonde urinaire est rarement nécessaire.
J1 – J2	Sortie de l'hospitalisation, en général **avant 48 heures**. Un traitement pour prévenir la phlébite est prescrit si besoin, selon vos antécédents.
Jusqu'à 1 mois	**Pas de corset** (sauf en cas de prothèse associée). Pas de conduite automobile, et voiture à éviter même comme passager, en dehors des trajets nécessaires. Marche encouragée chaque jour. Pas de port de charges lourdes.

Quand	Ce qui se passe
1 mois	Début des séances de kinésithérapie.
2 mois	**Radiographies de contrôle et consultation.**
3 à 6 mois	Reprise du travail et du sport, selon votre métier, votre activité et votre récupération.
6 mois	**Scanner** pour vérifier la consolidation osseuse.

Les progrès attendus. Les premières semaines, le ventre peut être gonflé et le transit plus lent, et le dos peut rester douloureux : c'est normal. L'objectif est une amélioration d'**environ la moitié à 2 mois**, d'**au moins 70 % à 6 mois**, et les progrès se poursuivent en général jusqu'à 2 ans après l'opération.

Vie intime · Fertilité · Grossesse

- **Rapports sexuels :** attendez la **fin de la cicatrisation de la peau** avant de les reprendre. Ensuite, pas de contre-indication : adoptez simplement des positions qui ne sont pas douloureuses.
- **Fertilité (homme) :** un risque rare d'éjaculation rétrograde existe (voir chapitre 3). Si vous avez un projet d'enfant, même lointain, réfléchissez **avant l'opération** à une **conservation de sperme**, possible dans un centre spécialisé (CECOS). La décision vous appartient : parlons-en ensemble.
- **Grossesse :** elle est tout à fait possible après une arthrodèse, et la **péridurale** n'est pas contre-indiquée. Si vous avez déjà été opérée du bas du dos par l'arrière, parlez-en avec l'anesthésiste qui posera la péridurale.

CHAPITRE 3

3 Les risques de l'opération

Toute intervention comporte des risques, même lorsqu'elle est bien conduite. Pour l'arthrodèse par voie antérieure, les complications sont **peu fréquentes**. Elles sont **le plus souvent temporaires** et guérissent sans séquelle. Les complications graves et définitives sont rares.

Les risques communs à toute chirurgie

Risque	Fréquence	En pratique
Anesthésie	—	Ses risques propres vous sont expliqués par l'anesthésiste en consultation.
Infection	≈ 1 à 1,5 %[5]	Le plus souvent superficielle, au niveau de la cicatrice : soins locaux et antibiotiques. Plus rarement profonde, elle peut nécessiter un nettoyage au bloc opératoire.
Hématome	Rare	Collection de sang au niveau de l'opération, qui se résorbe le plus souvent seule. Rarement, une nouvelle intervention est nécessaire.
Phlébite, embolie pulmonaire	≈ 1 %[9]	Prévenues par le lever précoce et, selon vos antécédents, un traitement anticoagulant. L'embolie pulmonaire est plus rare.

Les risques liés à l'abord par le ventre

Risque	Fréquence	En pratique
Blessure d'un vaisseau	≈ 2 à 3 %[4,5] (surtout veineuse)	Réparée immédiatement pendant l'opération. Une transfusion est rarement nécessaire.
Jambe gauche plus chaude	< 1 % en L5-S1 ; jusqu'à 15 % au-dessus[6]	Due à l'écartement d'un petit nerf (le « sympathique ») qui règle la circulation dans la jambe. La jambe gauche paraît plus chaude, et parfois c'est la droite qui semble froide. Sans gravité ; elle s'atténue le plus souvent en quelques mois.
Ralentissement du transit	≈ 1,5 à 2,5 %[4,5]	Ventre gonflé et transit lent pendant quelques jours. Régresse avec un traitement simple.
Éjaculation rétrograde (homme)	≈ 2 %[7]	Lors de l'orgasme, le sperme part vers la vessie au lieu de sortir. L'érection et le plaisir sont conservés, mais **la fertilité naturelle est diminuée**. Près d'une fois sur deux, cela régresse avec le temps (voir l'encadré « Vie intime · Fertilité · Grossesse »).
Sécheresse vaginale (femme)	Mal évaluée[11]	Décrite après ce type d'abord, par atteinte des petits nerfs du bas-ventre. Une étude qui a suivi des patientes avant et après l'opération n'a pas retrouvé de retentissement sur la vie sexuelle.
Mauvais fonctionnement de l'uretère	Très rare[10]	Le conduit qui amène l'urine du rein à la vessie, écarté pendant l'opération, peut mal fonctionner : une petite sonde interne est alors posée temporairement.
Faiblesse de la paroi du ventre	≈ 0,5 à 1 %[5,8]	Voussure ou hernie au niveau de la cicatrice.
Thrombose d'une artère de la jambe, blessure de l'intestin	< 0,5 %[4]	Prises en charge en urgence.

Les risques propres à l'arthrodèse

Risque	Fréquence	En pratique
Douleur au point de ponction	Sensibilité fréquente ; complication < 0,1 %[12]	Sensibilité du bassin pendant quelques jours, parfois un petit bleu.
Douleur ou faiblesse d'une jambe	≈ 1,5 à 2 %[4,5]	Irritation d'un nerf, le plus souvent transitoire. Un déficit durable (faiblesse, perte de sensibilité) est rare. Exceptionnellement, une fuite du liquide qui entoure les nerfs.
Défaut de consolidation osseuse (pseudarthrose)	≈ 5 à 10 %[13,14]	La consolidation osseuse entre les vertèbres est incomplète. Ce n'est pas toujours douloureux. Avec la protéine, la consolidation est obtenue dans environ 94 % des cas. **Le tabac augmente nettement ce risque.** Si la pseudarthrose est douloureuse, elle peut être traitée par un complément de stabilisation par l'arrière.
Enfoncement de la cage dans l'os	6 à 23 % à la radiographie[15]	Le plus souvent sans conséquence sur le résultat. Surveillé par la radiographie à 2 mois.

Risque	Fréquence	En pratique
Effets de la protéine	< 1 % avec des symptômes[16]	Formation d'os en dehors de la zone prévue, ou petites zones où l'os se résorbe autour de la cage. Souvent visibles seulement au scanner, et le plus souvent transitoires.
Usure des disques voisins	≈ 2 % par an[18]	Le disque situé au-dessus de l'arthrodèse travaille davantage et peut s'user à son tour. Cette usure fait aussi partie du vieillissement naturel de la colonne.
Nouvelle intervention	≈ 1 % la première année[17]	Le plus souvent pour une pseudarthrose douloureuse ou un disque voisin abîmé.
Douleurs non soulagées	Possible	Même sans complication, l'opération peut ne pas soulager suffisamment.

En cas de montage hybride, les risques propres à la prothèse (voir la fiche « Prothèse discale lombaire ») s'ajoutent à ceux de l'arthrodèse.

Ces risques sont plus élevés en cas de **surpoids** ou d'**antécédent de chirurgie du ventre**. Nous en parlerons en fonction de votre situation.

Références.

1. Kalichman L et al. Spine 2009;34:199-205.
2. Khan SA et al. Asian Spine J 2017;11:376-82.
3. Brinjikji W et al. AJNR Am J Neuroradiol 2015;36:811-6.
4. Bateman DK et al. Spine J 2015;15:1118-32 (méta-analyse, 11 410 patients).
5. Issa TZ et al. Global Spine J 2025 (méta-analyse actualisée).
6. Hrabalek L et al. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky 2015;159:318-26.
7. Revue systématique, J Neurosurg Spine 2021;35:427-36 (2 503 hommes).
8. Mobbs RJ et al. Global Spine J 2016;6:147-54.
9. Étude ACS-NSQIP, arthrodèses intersomatiques à un niveau, J Spine Surg.
10. Leroy HA et al. Neurochirurgie 2023;69:101503.
11. Wuertz-Kozak K et al. Neurourol Urodyn 2019;38:632-6.
12. Bain BJ. Br J Haematol 2003;121:949-51 (ponctions de moelle).
13. Méta-analyse des taux de fusion de l'arthrodèse antérieure autostable, Spine J.
14. Méta-analyse des facteurs de risque de pseudarthrose, BMC Musculoskelet Disord 2024.
15. Parisien A et al. Int J Spine Surg 2022;16:1103-18.
16. Niu S et al. Global Spine J 2020;10:280-5.
17. Hindoyan K et al. Global Spine J 2017;7:148-53.
18. Zhang C et al. Clin Spine Surg 2016 (segment adjacent).
19. HAS, avis de la Commission de la transparence, InductOs, 2020.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e) _____ certifie avoir reçu du Dr _____ une information claire et compréhensible sur l'**arthrodèse lombaire par voie antérieure** qui m'est proposée : ses objectifs, son déroulement, les suites opératoires, ses risques et les autres traitements possibles. J'ai lu cette fiche, j'ai pu poser toutes mes questions et j'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant.

J'accepte l'intervention qui m'est proposée.

Fait à _____

le _____

Signature du patient

© 2026 Neurosud. Textes et illustrations protégés : toute reproduction, même partielle, est interdite sans autorisation.