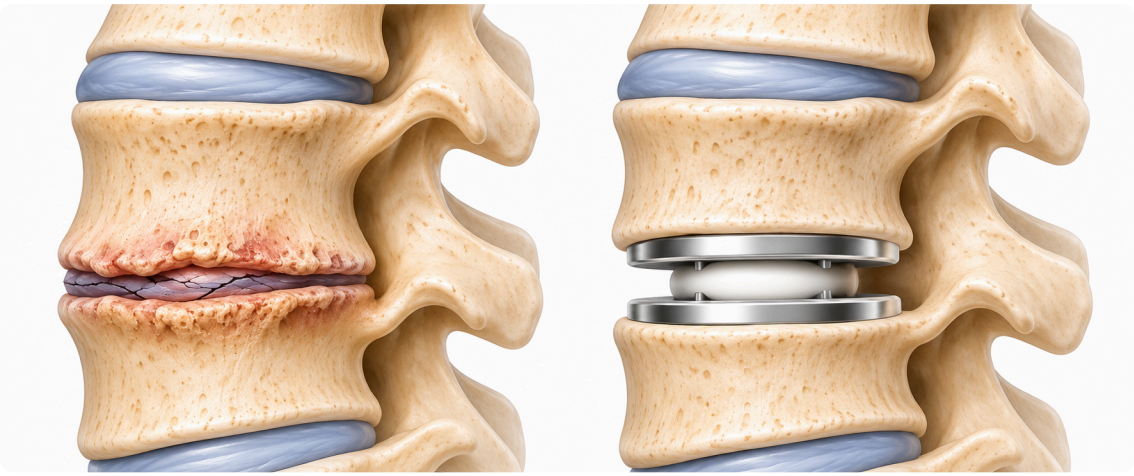
FICHE D'INFORMATION

Prothèse discale lombaire

La maladie · L'opération · Les risques



Une prothèse discale lombaire vous est proposée. Cette fiche vous explique simplement **ce qu'est l'usure d'un disque, 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.

La chirurgie n'est pas un traitement de première intention. Elle ne vous est proposée qu'**en cas d'échec d'un traitement sans chirurgie bien conduit** (kinésithérapie, médicaments, activité physique adaptée, parfois infiltrations) pendant **au moins 6 mois**[1].

CHAPITRE 1

1 Qu'est-ce qu'une discopathie dégénérative ?

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 se pencher et de tourner, et il **amortit les chocs**. Dans le bas du dos, les disques supportent les charges les plus fortes. Le plus souvent touché est **L4-L5**, mais une prothèse peut être posée de L2-L3 à L5-S1.

Pourquoi le disque fait-il mal ?

Avec le temps, le disque se déshydrate, s'affaisse et se fissure. Chez certaines personnes, ce disque abîmé devient lui-même douloureux :

- des **fissures de l'anneau**, où poussent de petites terminaisons nerveuses ;
- une **inflammation de l'os** des vertèbres voisines, visible à l'IRM (les « signes de Modic ») ;
- un **mouvement devenu anormal** entre les deux vertèbres.

On parle alors de **lombalgie d'origine discale**.

Est-ce fréquent ?

Oui, très. L'usure des disques fait partie du vieillissement normal : on la voit à l'IRM chez **environ 1 personne sur 3 à 20 ans**, et chez presque tout le monde à 80 ans, même sans aucune douleur[2]. Voir un disque usé sur une IRM ne prouve donc pas qu'il est responsable de vos douleurs : c'est tout l'enjeu du bilan.

Les symptômes possibles

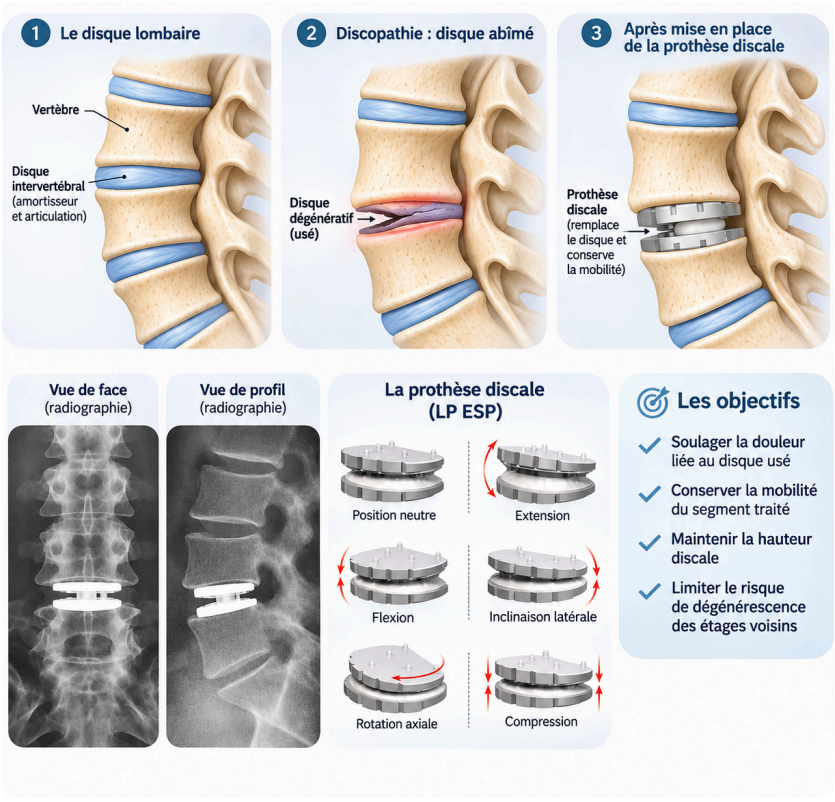
Type	Ce que vous pouvez ressentir
Douleur	Bas du dos, « en barre », parfois vers les fesses ou le haut des cuisses
Rythme	Aggravée assis longtemps, penché en avant ou en portant des charges ; soulagée en changeant de position ou allongé
Retentissement	Difficultés à rester assis, à travailler, à dormir
Douleur dans la jambe	Possible en plus de la douleur du dos : elle est due à l'irritation d'un nerf situé près du disque malade. En revanche, **sans douleur du dos**, la prothèse n'est probablement pas le bon traitement.
La situation la plus favorable	**Une douleur du bas du dos ancienne, liée aux mouvements, venant d'un seul disque abîmé**, alors que les disques voisins sont sains. C'est dans ce cas que la prothèse donne les meilleurs résultats.

Avant de proposer l'opération, nous vérifions que le disque est bien la cause de vos douleurs. Examens : **IRM lombaire** (systématique et obligatoire), **radiographies debout** et **ostéodensitométrie** (systématique) pour vérifier la solidité de l'os.

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.

Prothèse ou arthrodèse ?

Deux opérations sont possibles pour un disque douloureux. L'**arthrodèse** soude les deux vertèbres et supprime le mouvement. La **prothèse** remplace le disque et **conserve le mouvement** ; elle pourrait aussi moins surcharger les disques voisins. La prothèse que nous utilisons (**LP-ESP**) est formée de deux plateaux en titane reliés par un coussin souple, qui reproduit l'amortissement et les mouvements d'un disque naturel[3].



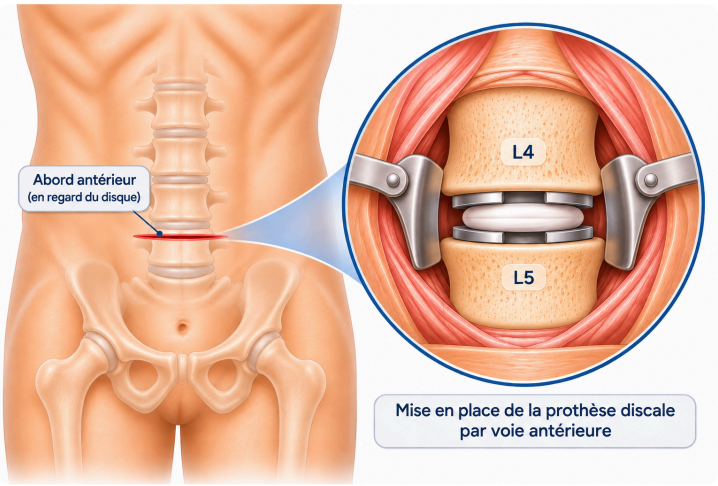
Le disque lombaire, le disque abîmé, puis la prothèse LP-ESP et ses mouvements.

CHAPITRE 2

2 L'opération

Le disque abîmé est retiré et remplacé par la prothèse. L'opération se fait **par le ventre** : le disque est atteint par l'avant, **sans toucher aux muscles du dos ni aux nerfs**, ce qui permet une récupération rapide.

> **Votre sécurité :** j'effectue moi-même cet abord. Un **chirurgien vasculaire est toujours présent dans l'établissement** et peut intervenir immédiatement en cas de besoin.



L'incision se fait en bas du ventre ; la prothèse est placée entre les deux vertèbres, ici L4 et L5.

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, centrée sur la ligne médiane pour des raisons esthétiques.
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 abîmé est **retiré en totalité** et l'espace entre les vertèbres est préparé.
6	La **prothèse LP-ESP** est mise en place ; sa position est contrôlée par radiographie.
7	Les vaisseaux et les organes reprennent leur place. **Fermeture** de la paroi et de la peau, sans drain.

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**, avec le corset. 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	**Corset** porté du matin (après la douche) jusqu'au coucher ; il peut être retiré pour la sieste et n'est pas porté la nuit. **Pas de conduite automobile.** Marche encouragée chaque jour. Pas de port de charges lourdes.

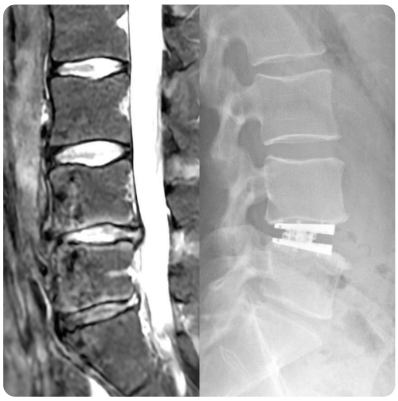
Quand	Ce qui se passe
1 mois	**Radiographies de contrôle** systématiques, à nous **envoyer par e-mail**. Début des **séances de kinésithérapie**.
2 mois	**Radiographie lombaire debout** et **consultation de contrôle**, en visio ou sur place selon votre éloignement : nous faisons le point sur vos objectifs de départ et, si besoin, nous intensifions la rééducation.
3 à 6 mois	Reprise du **travail** et du **sport**, selon votre métier, votre activité et votre récupération.
6 mois	**Nouvelle consultation et nouvelles radiographies** : nous refaisons le point sur vos progrès.
Ensuite	**Pas de consultation systématique** si l'évolution est normale. Le suivi à long terme dépend de l'évolution d'éventuelles douleurs restantes.

Vous êtes acteur de votre guérison. La chirurgie est **une étape importante** de votre prise en charge, mais elle n'est pas la seule. **Suivre le protocole** après l'opération (corset, marche, kinésithérapie, contrôles) et **participer activement** à votre rééducation augmentent nettement les chances de succès.

Une récupération progressive. Les premières semaines, le ventre peut être un peu gonflé, le transit plus lent, et le dos encore sensible : c'est normal et cela passe. 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 prothèse, 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.



Exemple : à gauche, l'IRM avant l'opération (les disques sains sont blancs, le disque abîmé, en bas, est noir et affaissé) ; à droite, la radiographie de profil avec la prothèse en place.

CHAPITRE 3

3 Les risques de l'opération

Toute intervention comporte des risques, même lorsqu'elle est bien conduite. Pour la prothèse discale, **les complications sont peu fréquentes**. Elles sont le plus souvent **temporaires** et guérissent sans séquelle ; les complications graves et définitives sont rares. Et surtout, **plus de 9 patients sur 10 sont soulagés** par l'opération.

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 %[4,5]	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	≈ 5 %[6]	Due à l'écartement d'un petit nerf (le « sympathique ») qui règle la circulation dans la jambe. La jambe gauche paraît plus chaude ; 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 la prothèse

Risque	Fréquence	En pratique
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.
Ossification autour de la prothèse	≈ 1 sur 7[12]	De l'os se forme autour de l'implant et peut réduire son mouvement. Le plus souvent sans conséquence sur le résultat.
Enfoncement ou déplacement de la prothèse	Rare	Surveillé par les radiographies de contrôle. C'est pour limiter ce risque que nous vérifions la solidité de vos os avant l'opération.
Douleurs des articulations postérieures	Possible	Les petites articulations à l'arrière de la colonne peuvent devenir douloureuses ; un traitement (infiltration) est alors possible.
Usure des disques voisins	Possible	Elle fait partie du vieillissement naturel de la colonne. Une nouvelle opération pour un disque voisin reste rare : moins de 2 % à long terme[14].
Nouvelle intervention sur la prothèse	≈ 1 % à long terme[14,15]	Ablation ou changement de prothèse, ou transformation en arthrodèse.
Douleurs non soulagées	< 1 sur 10	Même sans complication, l'opération peut ne pas soulager suffisamment.

Ces risques sont plus élevés en cas de **surpoids**, d'**antécédent de chirurgie du ventre** ou de **tabagisme** : nous vous recommandons d'**arrêter de fumer avant l'opération**. Nous en parlerons en fonction de votre situation.

Références.

1. HAS. Remplacement du disque intervertébral lombaire par prothèse, 2007 · Avis CNEDiMTS LP ESP II, 2013 et 2019.
2. Brinjikji W et al. AJNR Am J Neuroradiol 2015;36:811-6.
3. Lazennec JY et al. Spine J 2014 ; Spine J 2019 (LP-ESP, 5 ans).
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. Hood C et al. BMC Musculoskelet Disord 2022 (ossification hétérotopique, 26 études).
13. Radcliff K et al. Int J Spine Surg 2021;15:612-32 (essai FDA, 7 ans).
14. Marnay T et al. 2024 (1 187 patients, 7 à 21 ans de recul).
15. Spine 2024 (2 141 patients, 20 ans : ablations et révisions).

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussigné(e) _____ certifie avoir reçu du Dr _____ une information claire et compréhensible sur la **prothèse discale lombaire** 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 — Dr Guillaume Gras-Combe. Textes et illustrations protégés : toute reproduction, même partielle, est interdite sans autorisation.