

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

PROTHÈSE DISCALE CERVICALE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ TECHNIQUE DE L'INTERVENTION

DE QUELLE MALADIE SOUFFREZ-VOUS ?

Les vertèbres cervicales sont séparées par les disques intervertébraux qui jouent un rôle d'amortisseur. Le disque est formé à sa périphérie d'un manchon fibreux (annulus) résistant et élastique qui maintient la cohésion des vertèbres et en son centre d'un noyau gélatineux (nucléus).

Un ligament épais et solide, le ligament vertébral commun postérieur, parcourt l'arrière des corps vertébraux et des disques. Il contribue à la cohésion des vertèbres lors des mouvements et maintient le disque en arrière.

Le canal rachidien est l'orifice situé entre les articulaires postérieures, derrière les corps vertébraux et les disques. Il contient les racines des nerfs qui proviennent de la moelle épinière et qui se dirigent vers le bas du corps vers le bras.

LA DISCOPATHIE:

Le disque est normalement très solide et riche en eau mais son usure naturelle est inévitable par déshydratation (dès l'âge de 30 ans) expliquant sa diminution de hauteur avec l'âge. Cette dégénérescence ne provoque pas toujours de douleur car elle est lente et stable.

Cette « involution » du disque peut être plus rapide, parfois en rapport avec un traumatisme unique ou de microtraumatismes répétés, s'associant alors à une instabilité plus douloureuse, la survenue d'une hernie discale est possible. Tandis que le nucleus se fragmente, l'annulus se fendille et permet à des fragments de nucléus de migrer vers l'arrière du disque. A ce stade le disque va souvent présenter un simple bombement sur sa partie postérieure, c'est la protrusion discale qui peut se traduire par des cervicalgies plus ou moins aiguës.

Si l'altération du disque se poursuit et que le nucleus continue son recul à travers l'annulus, il va provoquer une saillie à l'arrière du disque : c'est la hernie discale. La hernie est d'abord maintenue par le ligament postérieur (hernie sous ligamentaire) mais si le ligament se déchire, un fragment de disque peut s'exclure (hernie extra ligamentaire) et migrer dans le canal rachidien au contact des nerfs.

La hernie discale cervicale siège à l'arrière du disque et peut alors comprimer soit le nerf sortant entre les deux vertèbres (la racine nerveuse). Si la hernie est plus volumineuse, elle peut comprimer l'ensemble de la moelle épinière qui est située derrière le disque.

Elle entraîne, lorsque cette compression agit sur le nerf sortant (racine), une douleur dans le bras appelée névralgie cervico brachiale allant parfois jusqu'aux doigts. Le trajet douloureux renseigne sur le niveau du disque atteint.

L'ÉVOLUTION NATURELLE :

Les discopathies ne guérissent pas dans le sens où le disque ne peut plus retrouver son aspect originel mais si l'évolution est lente et stable progressivement (en quelques années). Les douleurs aiguës s'atténuent ainsi que les douleurs chroniques cervicales, le disque se tasse fortement et il peut apparaître à plus long terme des phénomènes arthrosiques.

Plus la compression est importante et durable plus le risque de lésions graves s'accroît. La douleur initiale peut alors s'intensifier, apparaissent ensuite des fourmillements et des pertes de sensibilité, voire des problèmes de perte de force dans la main ou même du bras et des lâchages d'objets.

Les douleurs sont habituellement aggravées par les mouvements de la tête et du cou.

Lorsque la hernie est très volumineuse, et localisée au milieu du disque, elle peut directement comprimer la structure nerveuse principale, la moelle épinière. Cela peut se traduire par une sensation de faiblesse dans les jambes entraînant une limitation du périmètre de marche.

QUELLES SONT LES INDICATIONS ?

La nécessité de lever la compression s'impose formellement en cas d'apparition de troubles neurologiques déficitaires soit sensitifs soit moteurs.

C'est le plus souvent le retentissement sur la vie professionnelle et personnelle qu'il est important d'évaluer (test SF36, test d'OSWESTRY, EVA), ainsi que le contexte psycho-social (accident de travail, recherche de bénéfices secondaires, troubles psychologiques). On tient compte de la durée des troubles et de l'effet des traitements médicaux prescrits.

L'examen clinique recherche les contre-indications et évalue les risques chirurgicaux : obésité, terrain vasculaire, maladie métabolique osseuse, antécédents d'infection rachidienne, etc.

Le bilan d'imagerie comprend :

→ Les radiographies simples face profil, des clichés dynamiques en flexion extension pour évaluer l'instabilité, les clichés rachis-entier pour évaluer l'équilibre sagittal du rachis.

→ L'IRM pour quantifier l'état d'hydratation discale, recherche des lésions intra canalaires et évalue l'état arthrosique des facettes postérieures (qui peut contre-indiquer la prothèse).

→ Le scanner a moins d'intérêt pour l'évaluation discale mais précise mieux les lésions arthrosiques postérieures.

→ Discographie est encore pratiquée surtout pour déterminer le disque responsable de la douleur en cas de lésions multi-étages mais le risque d'infection (3 %) et le nombre de faux positifs rendent son interprétation délicate.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une prothèse discale cervicale. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

LA TECHNIQUE CHIRURGICALE :

Un seul disque doit être remplacé par patient. Compte tenu du volume de l'implant, la mise en place d'une prothèse discale ne peut se faire que par abord antérieur :

La voie d'abord pré-sterno-cleïdo-mastoïdienne est la plus utilisée. Elle permet, après protection de la carotide et du paquet œso-trachéal, d'exposer assez facilement le ligament vertébral commun antérieur qui sera incisé transversalement après confirmation radiologique du niveau à opérer, le disque est alors excisé, jusqu'au ligament vertébral commun postérieur (parfois également incisé en cas d'hernie exclue), les rebords de l'uncus peuvent être excisés pour mieux visualiser les foramen et libérer les racines. Le positionnement de la prothèse est fait sous contrôle radioscopique ; fermeture après hémostase après avoir mis en place un drain de Redon. Un collier cervical de protection est prescrit pour 3 à 6 semaines.

COMPLICATIONS POSSIBLES :

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle tout seul. Le risque s'il augmente de façon importante est de comprimer les voies respiratoires, ou même la moelle épinière et peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

Plus rarement

Les lésions de la carotide ou des veines jugulaires sont tout à fait exceptionnelles.

Les lésions de compression médullaires peuvent entraîner une paraparésie voire une tétraplégie par malposition de l'implant ou hématome compressif, des lésions du nerf récurrent (voie d'abord droite), une paralysie de la corde vocale modifiant la voie (rauque).

Les lésions de l'œsophage sont possibles.

La possibilité d'enfoncement des plateaux prothétique doit contre-indiquer l'implantation en cas d'ostéoporose ou de maladie métabolique osseuse avec ostéopénie. La luxation en avant de la prothèse ou du noyau mobile est souvent décrite comme conséquence d'une malposition. Les calcifications péri-prothétiques peuvent compromettre la mobilité de l'implant (5 à 30 %). À long terme, l'évolution de lésions dégénératives des articulaires postérieures peut faire diminuer le résultat initial, parfois imposer l'arthrodèse (blocage).

L'alitement et les risques individuels (diabète, varices, etc.) peuvent majorer le risque de phlébite des membres inférieurs (caillot dans les veines). Cette phlébite est susceptible d'entraîner une embolie pulmonaire, risque majeur de cette affection, habituellement correctement limité par la prescription des anticoagulants.

RÉSULTATS ATTENDUS

La chirurgie d'arthrodèse a montré sa supériorité sur le traitement conservateur fonctionnel, mais la prothèse discale est-elle supérieure à l'arthrodèse ? Selon le rapport 2007 de la HAS, on peut conclure de l'analyse des 147 articles étudiés :

→ Efficacité : les prothèses ont à court terme (2 ans), un taux de succès supérieur à l'arthrodèse, l'hospitalisation est plus courte, la récupération plus rapide, le gain fonctionnel plus élevé que l'arthrodèse ; à long terme, elles ont démontré la persistance d'une amélioration fonctionnelle par rapport au statut préopératoire à plus de 10 ans.

→ Sécurité : à court terme, les taux d'événements indésirables graves ne sont pas statistiquement différents entre les deux techniques, mais le taux de complication augmente en cas d'intervention sur plusieurs étages ; à long terme, le taux de réintervention à plus de 10 ans est de 5 à 7,5 %, le taux de prothèses qui ne sont plus mobiles de 2 à 9,3 %, les lésions des articulaires postérieures à 4 % à plus de 10 ans. La dégénérescence des niveaux adjacents est évaluée à 4 % à plus de 10 ans.

Une étude cas-contrôle française a montré en 2011 le moindre coût sociétal de la prothèse par rapport à l'arthrodèse chez les patients actifs.

EN RÉSUMÉ

La prothèse discale, élaborée depuis plus de 20 ans, est encore implantée avec beaucoup de prudence, mais reste une alternative crédible à l'intervention gold standard qu'est l'arthrodèse.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION DE LA COLONNE

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

- Date de remise du document au patient (e) :
Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher