

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR VOIE POSTÉRIEURE D'UNE HERNIE DISCALE CERVICALE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

LA MALADIE DONT VOUS SOUFFREZ, DE QUOI S'AGIT-IL ?

Il s'agit d'une lésion d'un disque séparant deux vertèbres de votre cou, qui va être opéré par l'avant de votre cou (la cicatrice sera située sur l'avant de votre cou).

Petit rappel anatomique : le cou humain comporte sept vertèbres cervicales toutes séparées par des amortisseurs : les disques intervertébraux.

La lésion du disque, provoquée soit par un traumatisme, soit le plus souvent par l'usure, (discopathie) provoque une compression sur les structures nerveuses.

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) ou même si la hernie est plus volumineuse, comprimer l'ensemble de la moelle épinière qui passe derrière le disque.

Elle entraîne, lorsque cette compression agit sur le nerf sortant (racine), une douleur sur le bras appelée névralgie cervico brachiale allant parfois jusqu'aux doigts. Le trajet douloureux renseigne sur le niveau du disque atteint. Quand la moelle épinière est comprimée des signes de déficit aux membres inférieurs peuvent se traduire par des difficultés de marche (claudication médullaire).

L'ÉVOLUTION SPONTANÉE EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT

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

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 (limitant votre périmètre de marche) et des lâchages d'objets.

L'évolution spontanée n'est pas prévisible mais le traitement non chirurgical peut suffire à faire régresser les troubles.

LES EXAMENS À FAIRE

Même si le chirurgien, en vous examinant, peut avoir une idée déjà précise du niveau discal à l'origine du problème, un certain nombre d'examens complémentaires sont aujourd'hui utiles pour confirmer l'endroit exact où siège la lésion mais aussi pour éliminer un certain nombre de maladie, qui pourrait donner des signes trompeurs.

Il s'agit des examens suivants :

La radiographie standard : elle permet de reconnaître le niveau du disque atteint, car en général, le disque est moins haut et partiellement écrasé. Le plus souvent, les hernies siègent entre la 5^{ème} et 6^{ème} vertèbre cervicale et/ou entre la 6^{ème} et la 7^{ème} vertèbre cervicale.

La radiographie permettra également de rechercher des signes d'arthrose sur les lésions plus anciennes et d'étudier également la courbure générale de la colonne cervicale. Cet examen radiologique ne présente pas de danger d'irradiation, sauf s'il était répété très souvent.

Il est parfois utile de demander des examens radiologiques en position de flexion et d'extension pour apprécier la souplesse de la colonne et l'instabilité du disque atteint.

Le scanner : qui utilise également les rayons X, permet de visualiser le disque de façon plus précise par tranches, il permet de bien préciser la taille de la hernie, sa position et si elle s'accompagne de construction osseuses liées à l'arthrose. Rarement le radiologue décide de faire une injection intra veineuse d'iode, de façon à mieux voir l'environnement de la hernie. Il faut savoir que le scanner utilise une quantité de rayons X beaucoup plus important que la radiographie simple.

L'IRM (imagerie par résonance magnétique) : elle permet de donner des informations supplémentaires à celles du scanner, en montrant mieux les tissus mous environnants et permettant de donner une information sur la qualité des tissus, elle montre par contre moins bien les structures osseuses. Elle détecte particulièrement bien les lésions de la moelle épinière (myélopathie cervicale) en cas de rétrécissement du canal lié à l'arthrose ou à une très grosse hernie.

L'électromyogramme (EMG) : il permet d'étudier la qualité de fonctionnement des nerfs, et de confirmer et de préciser la gravité de la compression nerveuse.

Des examens plus complexes (potentiels évoqués moteurs et sensitifs) sont parfois demandés afin d'enregistrer le fonctionnement de la moelle épinière.

Ces examens permettent de rendre compte de la gravité de l'atteinte nerveuse, qui explique parfois les différences de récupération.

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS POSSIBLES

Dans les formes légères ou débutantes, les traitements médicaux sont institués :

- Médicaments contre la douleur (des simples médicaments antalgiques jusqu'à la prescription de dérivés morphiniques dans les douleurs très intenses).
- Des médicaments anti-inflammatoires, car la lésion s'accompagne souvent d'œdème et d'inflammation (les anti-inflammatoires sont prescrits si vous les supportez, des médicaments protecteurs gastriques sont parfois utiles). Les plus puissants des anti-inflammatoires sont les corticoïdes.
- Des médicaments agissant sur la contracture musculaire, les myorelaxants.
- L'immobilisation du cou par un collier cervical ou une minerve est utile.

Une fois la période très douloureuse passée, ces traitements médicaux peuvent être complétés par des séances de rééducation.

Si la douleur persiste ou s'aggrave, on peut proposer des infiltrations (injections d'anti-inflammatoires puissants) souvent sous contrôle du scanner.

Quand faut-il opérer ?

L'intervention est décidée rapidement, voire parfois en urgence, s'il existe des lésions des nerfs sérieuses, en particulier paralysie. Souvent on attendra quelques semaines de traitement médical avant de vous proposer, en cas d'échec, une intervention de libération chirurgicale.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il vous a été proposé une opération par voie postérieure de votre hernie 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.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL ET LES RÉSULTATS À ESPÉRER

L'intervention

Elle consiste à enlever la hernie discale, et libérer ainsi la compression du nerf et/ou de la moelle épinière. Le geste chirurgical peut ne pas donner un résultat parfait, surtout si les lésions nerveuses sont très importantes (avec troubles neurologiques déficitaires soit sensitifs soit moteurs), ou si la compression a été trop longue.

L'intervention a pour but de décompresser les structures nerveuses, en enlevant la hernie discale, et éventuellement les structures osseuses, parfois associées, construites par l'arthrose.

L'abord par l'avant est actuellement choisi par la majorité des chirurgiens, car il évite de mobiliser la moelle épinière durant l'intervention, ce qui serait le cas lors d'un abord par l'arrière, parfois indispensable en raison de la forme de la hernie ou de l'existence d'un canal cervical très étroit qu'il faut en même temps libérer largement ou parfois de lésions très postérieures comme des kystes des articulations postérieures. C'est le cas décrit ici.

L'anesthésie

Une anesthésie générale est habituellement nécessaire pour cette intervention. Une consultation spécifique avec votre anesthésiste est actuellement indispensable et légalement obligatoire pour vous expliquer tous les risques possibles de l'anesthésie.

L'intervention se déroule au bloc opératoire, sous anesthésie générale le plus souvent.

L'incision cutanée est faite à la partie postérieure du cou.

Le patient opéré est en général couché sur le ventre sur un appui frontal, après avoir repéré le niveau à opérer par contrôle radiographique, ou radioscopique.

Elle consiste dans un premier temps, à ouvrir la partie arrière de la vertèbre (ou des vertèbres), puis la hernie, et éventuellement les structures osseuses qui participent à la compression en cheminant latéralement à la moelle épinière.

Dans un deuxième temps : la stabilité des deux corps vertébraux, grâce à un blocage (arthrodèse) soit par interposition d'un greffon osseux prélevé sur votre corps (crête iliaque) ou parfois provenant d'une banque d'os, soit parfois par un substitut osseux.

La stabilité immédiate étant améliorée par la mise en place d'une fixation postérieure par vis et plaque ou barre. Le positionnement des vis est contrôlé par radioscopie pendant l'intervention.

D'autres techniques chirurgicales existent, en fonction de l'expérience du chirurgien et des indications, elles visent à limiter l'ouverture chirurgicale mais ont le même but que l'intervention classique :

- Utilisation d'un microscope pendant l'intervention.
- Chirurgie percutanée avec endoscopie.

La durée de l'intervention, installation comprise, varie en fonction des techniques utilisées et de l'importance des lésions ; elle avoisine deux heures.

FAUT-IL UNE TRANSFUSION ?

Habituellement, la transfusion n'est pas nécessaire. Avant la fermeture de l'incision, on met en place un système de drainage afin d'éviter l'apparition d'un hématome et d'évacuer les saignements postopératoires.

LES SUITES POSTOPÉRATOIRES

Douleurs

Habituellement, une fois la racine décompressée les phénomènes douloureux du bras disparaissent rapidement, les douleurs cervicales sont également régressives un peu plus lentement.

Un collier mousse vous aidera également à lutter contre la douleur liée aux risques de contractures, pendant une durée de trois à six semaines. Cette intervention donne plus facilement de raideur cervicale que l'abord antérieur du fait de l'approche entre les puissants muscles postérieurs.

Vous êtes en général autorisé à vous lever le soir même ou le lendemain de votre intervention, la durée d'hospitalisation varie entre deux et cinq jours, le drainage étant enlevé en général au deuxième jour.

Traitement complémentaire

Le risque de phlébite est exceptionnel en raison d'un lever précoce, et il n'est habituellement pas nécessaire de mettre en place un traitement anticoagulant postopératoire.

Les fils ou agrafes cutanées sont enlevés entre cinq et dix jours postopératoires.

Une radiographie postopératoire est réalisée, soit en salle d'opération soit en cours de l'hospitalisation.

LES COMPLICATIONS

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 racines nerveuses ou même la moelle épinière et peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

Plus rarement

Les risques concernant les vaisseaux sanguins, sont exceptionnels car les vaisseaux importants ne sont pas situés dans la région opérée.

Les lésions des nerfs ou de la moelle épinière, sont exceptionnelles, il peut en résulter des pertes de sensibilité ou des troubles paralytiques.

La méninge peut être blessée, entraînant une fuite du liquide céphalo-rachidien. Cette fuite n'a habituellement pas de conséquence mais elle nécessite de prolonger l'alitement pendant la période d'hospitalisation.

L'infection du site opératoire, dite infection nosocomiale. Très rare au niveau cervical, peut toujours se produire. En règle générale, l'identification du germe en cause et la prescription d'antibiotiques adaptés, éventuellement accompagnée d'un nettoyage chirurgical secondaire, permettent la guérison complète. L'infection peut nécessiter une intervention de nettoyage ou de ponction pour mettre le germe en évidence.

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.

La soudure de deux vertèbres, la consolidation osseuse peut être compromise en cas de diabète et de tabagisme, et conduire à une absence de soudure (pseudarthrose) qui peut nécessiter une nouvelle intervention en vue de parfaire cette consolidation.

L'intervention sur le niveau opéré ne vous prémunit pas complètement de l'apparition secondaire, d'une lésion sur un autre niveau discal.

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