

## Informations concernant La hernie discale cervicale

(Prendre sa décision, guide pratique)

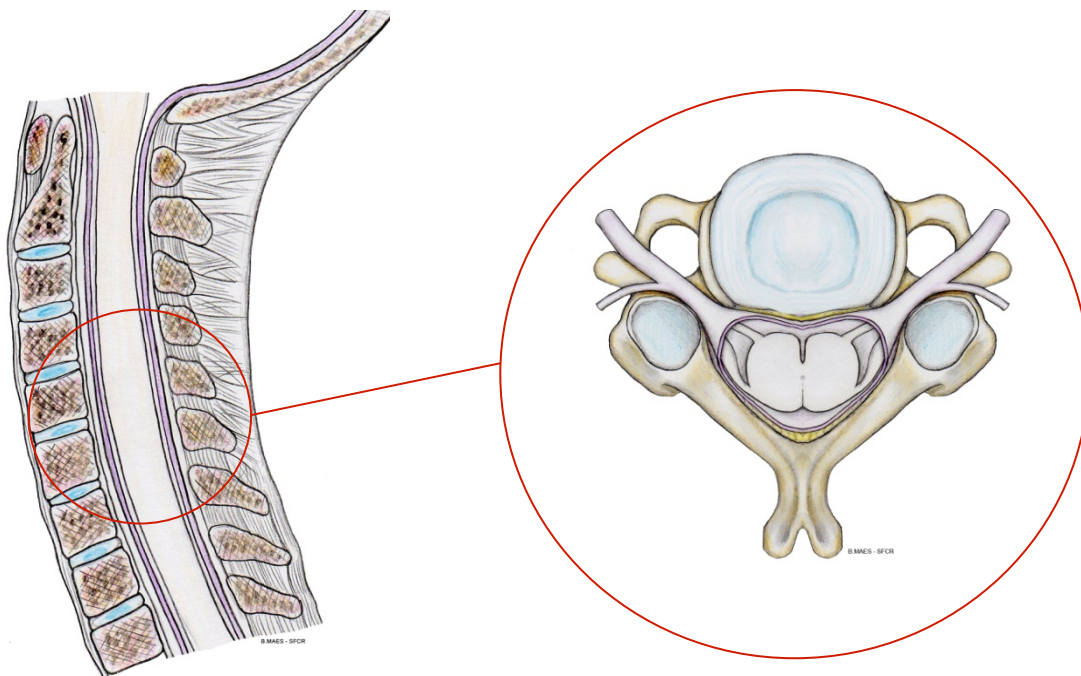
Vous souffrez d'une hernie discale cervicale et le chirurgien consulté vous a proposé une intervention chirurgicale. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

### Anatomie

#### QU'EST-CE QU'UNE HERNIE DISCALE CERVICALE ?

La colonne vertébrale cervicale (ou rachis cervical) est constituée de 7 vertèbres empilées et séparées par des disques, sauf entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> vertèbre cervicale (C1 et C2). Au milieu du rachis cervical se trouve le canal rachidien contenant la moelle épinière. A chaque étage, une racine nerveuse (nerf rachidien) se détache de la moelle épinière à droite et à gauche et quitte le canal par des ouvertures (trous de conjugaisons ou foramens) situées latéralement à hauteur des disques intervertébraux.

Le disque intervertébral normal est une structure aplatie, cylindrique unissant les deux vertèbres et jouant un rôle d'amortisseur. Il est composé d'un noyau central gélatineux (nucleus) et d'un anneau périphérique fibreux (annulus).

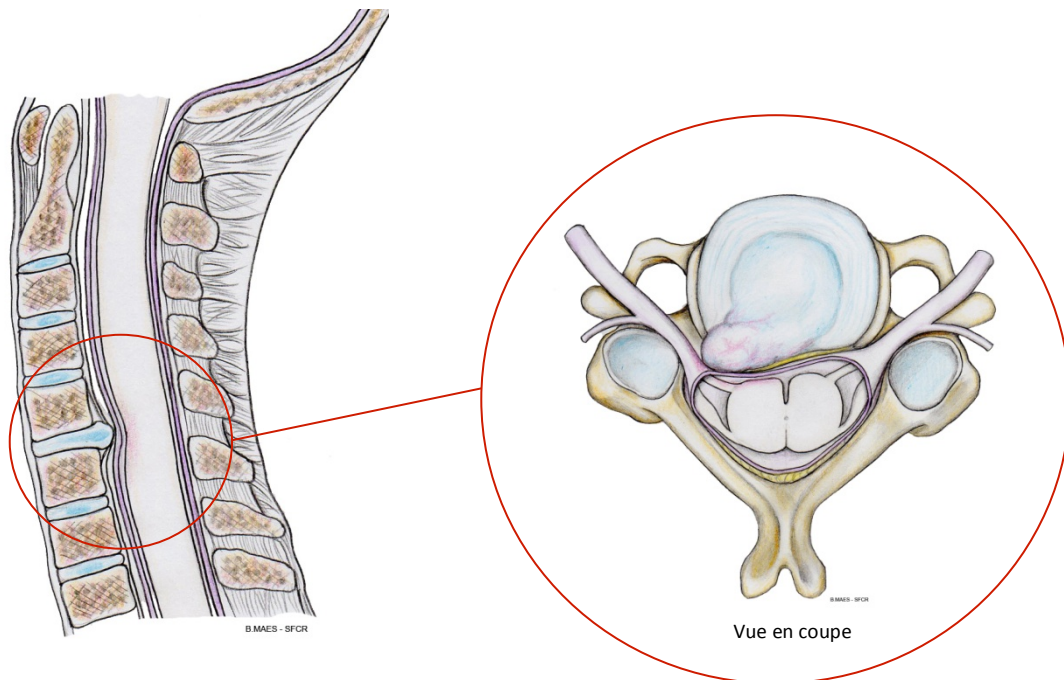


### Rachis cervical normal

La détérioration discale se caractérise par des déchirures ou fissurations de l'anneau fibreux. Les causes en sont la déshydratation due au vieillissement, les microtraumatismes dus aux contraintes mécaniques et parfois aussi les traumatismes, comme par exemple les entorses cervicales.

En cas de fissuration, le noyau peut alors migrer à l'intérieur du disque, dans l'épaisseur de l'anneau, et occasionner des cervicalgies aiguës de type torticolis, ou chroniques.

Si la migration est plus importante le noyau peut traverser plus ou moins entièrement l'anneau et venir faire saillie à la face postérieure du disque, en formant une hernie. Cette hernie peut, au travers d'une rupture complète de l'anneau, migrer dans le canal voire s'exclure en sortant totalement du disque.



### Hernie discale cervicale

Cette hernie discale peut venir comprimer les structures nerveuses contenues dans le canal rachidien cervical (racines nerveuses, le plus fréquemment, et moelle épinière plus rarement).

La compression d'une racine nerveuse va entraîner une Névralgie Cervico-Brachiale (NCB) - équivalent d'une « sciaticque » du bras - avec une douleur irradiant sur, plus ou moins, l'ensemble du membre supérieur jusqu'aux doigts. Cette douleur peut s'accompagner de troubles de la sensibilité de type fourmillements ou picotements (paresthésies), des sensations de perturbations de la sensibilité (impression de gros doigt) (dysesthésies), pouvant aller parfois jusqu'à la perte de la sensibilité

(anesthésie). Il peut exister aussi des troubles de la motricité (simple sensation de faiblesse, voire perte de la force musculaire pouvant aller parfois jusqu'à une paralysie partielle ou complète d'une partie du membre supérieur.

La compression de la moelle épinière peut entraîner des troubles sensitifs et moteurs aux membres supérieurs et/ ou aux membres inférieurs.

L'existence de troubles neurologiques sensitifs et/ou moteurs impose de consulter rapidement.

## **Pourquoi une prise en charge chirurgicale est-elle nécessaire ?**

Une intervention chirurgicale pour NCB sur hernie discale cervicale n'est souhaitable que dans les circonstances suivantes :

- Echec du traitement médical bien conduit et suffisamment prolongé (4 à 8 semaines) avec persistance d'une douleur invalidante que le patient ne peut plus supporter.
- Situations relevant de l'urgence :
  - NCB hyperalgique (douleur intolérable non soulagée par la morphine),
  - NCB paralysante avec déficit moteur,
  - NCB avec signes de compression de la moelle épinière (signes atteignant les membres supérieurs et inférieurs).

La découverte au scanner ou à l'IRM d'une hernie discale cervicale asymptomatique (ne donnant aucun symptôme) ne doit pas conduire à une intervention chirurgicale (sauf en cas de hernie très volumineuse représentant un danger pour la moelle épinière (tâche blanche dans la moelle à l'IRM).

## **Les autres alternatives et l'évolution sans traitement**

Très souvent, la NCB par hernie discale cervicale guérit médicalement avec le repos, les anti-inflammatoires (souvent les corticoïdes à la phase initiale), les décontractants, et les antalgiques (parfois la morphine). On peut proposer aussi transitoirement le port d'un collier cervical.

Dans les cas plus rebelles, une infiltration de corticoïdes dans le trou de conjugaison est possible. Celle-ci doit être pratiquée sous contrôle radiologique (scanner) par une équipe médicale expérimentée.

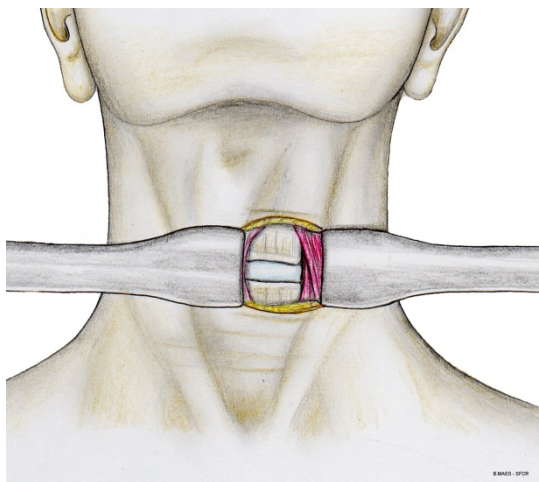
## Le déroulement de l'opération

### L'ANESTHESIE ET LES GESTES TECHNIQUES

Cette intervention se déroule sous anesthésie générale.

La voie d'abord est classiquement antéro-latérale, ce qui permet d'accéder à l'avant du disque. Après ablation complète du disque, il est possible d'enlever (généralement sous microchirurgie) la hernie discale. Cette intervention est le plus souvent complétée d'une arthrodèse (fusion des deux vertèbres) pour traiter l'instabilité due à l'ablation du disque. Certains centres pourront proposer la mise en place d'une prothèse cervicale.

La voie postérieure est très peu utilisée (incision dans la nuque) en raison de son risque neurologique due à la présence de la moelle épinière, qui rend très difficile l'accès à la hernie. Ce type d'intervention ne nécessite pas habituellement de transfusion sanguine. Comme toute intervention chirurgicale, elle laisse toujours des traces cicatricielles superficielles et profondes.



Voie d'abord cervicale antéro-latérale

## LES EVENEMENTS QUI PEUVENT PERTURBER LE BON DEROULEMENT DE VOTRE INTERVENTION

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir

conscience et mettre en balance les risques éventuels avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Par ailleurs, la chirurgie a ses limites, elle ne permet jamais de refaire aucun organe, aucune articulation, à l'identique de la nature. D'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles), le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu. Un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables.

Enfin, l'anesthésie générale comporte ses propres risques. Les médecins anesthésistes vous donneront toutes les explications nécessaires lors des consultations préopératoires.

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles. IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER.

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix. Il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé. Il est aussi important que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

Il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- en cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- de modification récente de votre traitement habituel,
- de blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- en cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

## LES COMPLICATIONS PENDANT L'INTERVENTION

1°) L'erreur de niveau : on ne vous a pas opéré au bon niveau. C'est pour cela que vous devez impérativement rapporter l'ensemble de votre imagerie (radio, scanner, IRM) sans chercher à

faire vous-même le tri. Dans certains cas, votre opération pourra être annulée en cas d'absence du dossier.

2°) Les risques «neurologiques».

- Sur le nerf rachidien. Elles sont rares : troubles sensitifs (insensibilité, paresthésies à type de fourmillements) ; troubles moteurs avec paralysie partielle du membre supérieur, très rare, souvent d'origine ischémique (défaut d'irrigation sanguine). Ces troubles sont le plus souvent transitoires, rarement définitifs mais des séquelles peuvent persister.
- Sur la moelle épinière. Elles sont exceptionnelles mais le risque nul n'existe pas. Elles sont très graves et peuvent aller jusqu'à la tétraplégie (paralysie des 4 membres).

3°) Un hématome peut survenir sur le trajet de l'intervention. Si celui-ci est volumineux, il peut comprimer les organes du cou (trachée, œsophage) et entraîner rapidement une gêne à la déglutition et surtout une gêne respiratoire. Une ré-intervention en urgence est alors nécessaire.

4°) La brèche (ouverture accidentelle) de la dure mère, enveloppe contenant le LCR (liquide céphalo-rachidien), la moelle épinière et les racines nerveuses, est exceptionnelle dans les voies d'abord antéro-latérales. Elle peut être fermée par le chirurgien. Il s'agit alors d'un incident sans conséquence. Rarement, elle se complique d'une fuite de LCR, soit contenue dans les parties molles (méningocèle), soit s'écoulant par la cicatrice (fistule). En cas de fistule, une infection du LCR source de méningite peut alors survenir. Il s'agit d'une complication très rare mais potentiellement très grave, nécessitant en urgence d'un traitement spécifique (le plus souvent une ré-intervention).

5°) D'autres complications ont été décrites :

- La mobilisation du matériel (mis en place pour l'arthrodèse). Il s'agit d'une complication rare : soit précoce en rapport avec un problème de mise en place souvent lié à une qualité osseuse insuffisante (ostéoporose) ; soit secondaire témoin de l'absence de consolidation (le tabagisme en est un facteur favorisant). Ces mobilisations de matériel peuvent entraîner des troubles de la déglutition par compression de l'œsophage et nécessiter une ré-intervention.
- Les difficultés pour avaler (dysphagie) (voie d'abord antéro-latérale): Ils sont généralement transitoires par irritation de l'œsophage qui est écarté lors de la voie d'abord.
- Les troubles de la voix (dysphonie) : généralement transitoires par irritation, écartement du nerf récurrent (nerf des cordes vocales).

- Le syndrome de Claude Bernard Horner : il s'agit de l'atteinte de petits nerfs du cou qui provoque une sécheresse du visage et un affaissement de la paupière du côté atteint.

6°) Enfin, il existe des risques exceptionnels décrits dans des publications médicales :

- Des lésions accidentelles des gros vaisseaux du cou (artère carotide et veine jugulaire situés en avant du rachis, artères vertébrales situées dans la colonne cervicale à côté des trous de conjugaison). Elles peuvent entraîner une hémorragie grave, des troubles neurologiques graves souvent définitifs et à l'extrême le décès.
- Lésions des organes du cou (trachée, œsophage), source de séquelles également graves et à l'extrême mortelles.
- Le risque d'hémorragie importante pendant l'intervention est extrêmement faible mais non nul. Une transfusion sanguine peut, à l'extrême, s'avérer nécessaire. Toute transfusion comporte un risque très faible mais non nul de contamination (Hépatite, SIDA).
- Certains antécédents, certaines particularités anatomiques, affections ou maladies (malformations, diabète, obésité, artérite ou autres affections vasculaires, alcoolisme, tabagisme, toxicomanies, comportements addictifs, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, maladies du foie, maladies sanguines, tumeurs, séquelles d'interventions ou de traumatismes, etc...) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications particulières, parfois graves, à l'extrême mortelles.

## **Complications à distance de l'intervention**

Il existe des risques en rapport avec votre état général, les maladies que vous avez et l'anesthésie. Ils sont donc très variables et vous seront expliqués, au cas par cas, par votre chirurgien, votre médecin anesthésiste et éventuellement le spécialiste de votre maladie. Certains antécédents (malformations, diabète, obésité, artérite, varices, alcoolisme, tabac, toxicomanies, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, particulièrement les anticoagulants ou les anti-agrégants, etc...) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications parfois graves, à l'extrême mortelles. Une transfusion sanguine et le risque de contamination (SIDA, hépatite) est très rare.

### **LE RISQUE INFECTIEUX**

Plusieurs types d'infection sont possibles :

- superficielle, au niveau de la peau. Elle se traite avec des soins locaux.
- plus profonde, au niveau de la graisse ou des muscles. Un nettoyage local est parfois nécessaire associé à des antibiotiques. Les séquelles sont exceptionnelles.

- au niveau de l'os et du disque réalisant une spondylodiscite. Rare (2/1000) elle peut laisser des séquelles à type de lombalgie. Le traitement consiste à donner des antibiotiques pendant 6 semaines à 3 mois.

- au niveau des méninges ; très rare mais la plus grave, elle provoque une méningite.

Dans tous les cas, l'infection peut se généraliser et donner une septicémie qui peut être très grave, voire mortelle. C'est très rare chez les patients en bonne santé.

## **Suites habituelles et conditions de vie après la chirurgie**

### **LES SUITES DE L'OPERATION**

Elles sont habituellement simples. Elles dépendent surtout de l'habitude du chirurgien et de vos maladies associées. Le plus souvent :

Le premier lever peut se faire le lendemain de l'opération. L'hospitalisation est d'environ 2 ou 3 jours parfois plus. Les drains (éventuels) sont retirés au bout d'1 jour ou 2. Vous êtes capable de monter et descendre des escaliers à la sortie. Les pansements se font à domicile et une ordonnance de médicaments contre la douleur est faite. La prescription d'un collier cervical est variable. Une rééducation est souvent prescrite. Il faut souvent attendre 3 mois pour reprendre le sport.

La reprise de travail est variable selon la pénibilité, la couverture sociale, la motivation et bien sûr le résultat de l'opération. Elle se fait normalement entre 1 et 3 mois après l'opération.

### **QUELS SONT LES RESULTATS ESCOMPTES ?**

Dans 80 à 90% des cas les douleurs du bras vont diminuer dès le réveil. Le résultat sur les douleurs cervicales sont plus aléatoires. En aucun cas, on ne peut donc vous assurer une guérison définitive.

## **Votre intervention en pratique**

### **1) Préparation à l'intervention:**

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste, car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, Plavix, injections d'anticoagulants, Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.
- Les consignes préopératoires :
  - Respectez les consignes que vous a données votre anesthésiste.



- N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies, scanner, IRM.
- Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

## 2) L'hospitalisation :

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (en particulier toute infection) problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de la douleur, vous seront demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

La durée de l'hospitalisation dépend de l'intervention pratiquée, des suites opératoires, de votre état général, mais aussi des conditions de votre retour à domicile.

## 3) Le retour à domicile :

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé.

L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste, s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

**A. cicatrice et fils :** Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **résorbables** : ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.
- **non résorbables** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de

votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils (habituellement à partir du dixième ou quinzième jour postopératoire).

## **B. Traitement médical**

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques) :** habituellement l'intervention soulage la douleur sciatique. Néanmoins, la zone opératoire peut rester sensible quelque temps, ce qui est normal. Des douleurs sont assez fréquentes pendant cette période. Votre anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas (douleurs abdominales, nausées, vomissements...), parlez-en à votre médecin traitant.

## **4) Ce qu'il ne faut surtout pas faire durant les 6 semaines suivant votre opération :**

- **Evitez de porter des charges lourdes.**
- **Evitez le sport et les efforts en général.** Menez une vie normale.

## **5) La rééducation :**

- Les habitudes de rééducation varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès et à chaque cas.
- Quoi qu'il en soit, la reprise de la marche et de vos activités habituelles seront reprises progressivement, en fonction de vos sensations.

## **5) Questions souvent posées par les patients :**

- **« Quelle va être la taille de ma cicatrice ? » :**

La taille de la cicatrice est fonction de la technique utilisée et des habitudes du chirurgien. Elle varie également selon le nombre d'étages vertébraux abordés.

- **« Puis-je voyager ? » :**

Oui mais il est prudent d'attendre la sixième semaine. Prenez l'avis de votre chirurgien. Attention aux longs voyages, ils favorisent les phlébites et peuvent nécessiter un traitement anticoagulant. N'hésitez pas à interroger votre médecin traitant.

En avion, dégourdissez-vous les jambes toutes les 2 heures et portez des bas de contention.

- **« Puis-je reprendre le sport ? A partir de quand ? » :**

D'une façon générale, une pratique sportive adaptée à votre état général n'est pas contre-indiquée mais, au contraire, vous sera bénéfique. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien qui saura vous répondre en tenant compte de votre situation.

- **« Devant quels signes dois-je m'inquiéter ? »**

- Une température élevée

- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice
- Une douleur et un gonflement du mollet
- Une oppression respiratoire
- Et d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré.

**Les coordonnées utiles :**

**Votre chirurgien : ...**

**Numéro d'appel d'urgence : ...**

**Consultation : ...**

**Secrétariat : ...**

**Prenez le temps de lire ses informations et n'hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.**

**Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.**