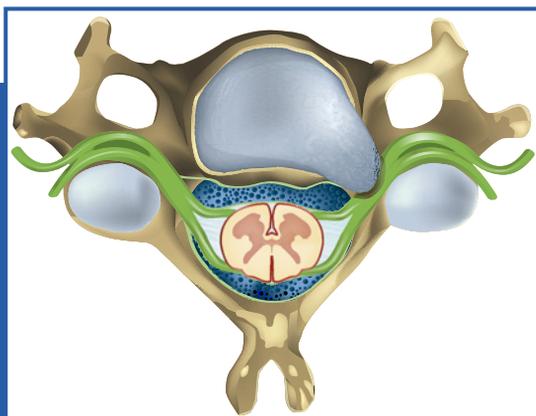


HERNIE DISCALE CERVICALE

ARTHRODÈSE OU ARTHROPLASTIE ANTÉRIEURE



Informations thérapeutiques



PÔLE LOCOMOTEUR
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, RÉPARATRICE
ET TRAUMATOLOGIQUE

INTRODUCTION

Le rachis cervical est constitué de 7 vertèbres : C1 à C7. À l'exception de l'espace C1C2, il existe un disque intervertébral entre chaque vertèbre. Un disque normal est formé d'un anneau fibreux périphérique (annulus) et d'un noyau gélatineux (nucleus).

L'annulus fibrosus est le siège de micro-traumatismes et de micro-fissures qui peuvent aboutir à l'extériorisation du nucléus.

Le nucleus peut bomber sous le ligament intact (hernie ou protrusion discale) ou s'extérioriser à travers une brèche dans le ligament (hernie exclue). La compression d'une racine nerveuse peut en résulter.

Les signes cliniques sont :

- la cervicalgie,
- la radiculalgie,
- la névralgie cervico-brachiale.

Le scanner ou l'IRM confirme le diagnostic.

Sur une coupe axiale, la hernie peut être médiane, postéro-médiane, foraminale ou extra-foraminale.

Sur une coupe sagittale, la hernie peut être directe, migrée vers le haut ou vers le bas ou exclue.

Le traitement médical repose sur le repos (arrêt de travail), les antalgiques et anti-inflammatoires, la minerve et la rééducation.

Le traitement médical renforcé repose sur les infiltrations épidurales ou foraminales.

La chirurgie se discute après inefficacité du traitement médical bien fait, bien conduit pendant 3 mois ou plus tôt en cas de NCB paralysante ou hyperalgique. Le but de la chirurgie est de décompresser la racine nerveuse en enlevant la hernie.

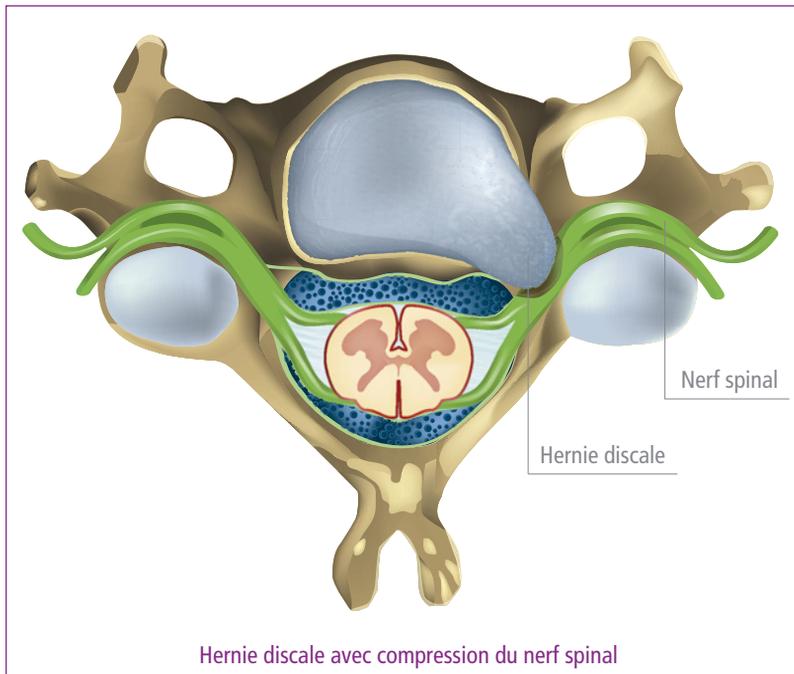
En quoi consiste l'intervention ?

Elle se déroule sous anesthésie générale, le chirurgien accède à la colonne vertébrale par une incision horizontale ou verticale en avant du cou. Elle a pour objectif d'enlever le disque atteint pour décompresser les structures nerveuses. Le disque intervertébral responsable des symptômes est retiré puis remplacé (cage ou prothèse) avec ou sans adjonction de greffe osseuse prise au niveau du bassin du patient.

La chirurgie est généralement efficace assez rapidement pour soulager la douleur du bras. Toutefois, les engourdissements prennent toujours plus de temps à s'améliorer. Il faut souvent attendre 6 mois à 1 an pour obtenir le résultat final de la chirurgie.

Pour ce qui est des douleurs au cou, elles sont souvent diminuées de façon significative.

La chirurgie corrige les effets de compression nerveuse mais ne renverse pas les phénomènes d'arthrose (usure) qui sont à leur origine. On ne doit donc pas s'attendre à avoir un cou "neuf". Il faudra adopter des habitudes de vie au travail ainsi que des activités usuelles et sportives qui tiendront compte de cette fragilité.



Quels sont les risques encourus ?

Les risques inhérents à toute intervention chirurgicale

- Les **risques propres à l'anesthésie** vous seront expliqués par le médecin anesthésiste.
- Les **troubles de cicatrisation** sont très rares. Ils peuvent imposer une nouvelle intervention.
- Le positionnement sur la table d'opération peut causer des compressions de la peau, des vaisseaux, ou des nerfs.
- Le **risque de phlébite** est faible. Un traitement anticoagulant préventif n'est nécessaire qu'en cas de prédisposition, ou lorsque l'alitement se poursuit au-delà de 24 heures. Une embolie pulmonaire peut, à l'extrême, se produire. Il s'agit d'une complication grave, parfois mortelle.

Les risques propres à cette intervention chirurgicale sur le rachis

- Un **résultat insuffisant**, malgré une technique parfaite, des suites simples et une rééducation bien conduite. Des douleurs cervicales peuvent persister, souvent moins importantes qu'avant l'intervention, mais la garantie d'une indolence totale est impossible. Il en est de même des douleurs des membres supérieurs (névralgies cervico-brachiales) qui diminuent dans la grande majorité des cas.
- Une **brèche de la dure-mère** (enveloppe contenant le liquide céphalo-rachidien -LCR-) peut survenir pendant l'intervention, en dépit des précautions prises, notamment en cas de ré-intervention. Elle peut, le plus souvent, être fermée par le chirurgien. Il s'agit alors d'un incident sans conséquence. Elle peut se compliquer par une **fuite de liquide céphalo-rachidien (LCR)**, soit contenue dans les parties molles (ménégocèle) soit s'écoulant par la cicatrice (fistule). Une infection du LCR risque alors de survenir ; il s'agit d'une complication très rare mais potentiellement grave, demandant un traitement spécifique.
- L'**infection du site opératoire** est rare (0,1% à 1% en dépit des précautions prises). Il s'agit le plus souvent d'une infection superficielle, réglée par des soins adaptés. Une ré-intervention pour nettoyage local est parfois nécessaire. Les infections profondes sont rares mais peuvent conduire à l'ablation du matériel implanté. Des séquelles, notamment douloureuses, peuvent persister définitivement.

Les **risques propres**
à cette intervention
chirurgicale sur le rachis

- Un **hématome** peut survenir sur le trajet de l'intervention ; s'il est volumineux, il peut entraîner une compression des structures adjacentes justifiant une ré-intervention pour évacuation de l'hématome.
- L'**atteinte du nerf de la corde vocale** pouvant causer une voix rauque ou étouffée et une difficulté à avaler. Cet inconvénient peut être temporaire ou permanent.
- L'excès de travail des disques voisins (**syndrome de néo-charnière**), dû au blocage ou à la soudure de plusieurs vertèbres, pouvant conduire à une ou des ré-interventions.
- L'absence de consolidation de la greffe (ce risque est particulièrement élevé chez les **fumeurs**). Il peut entraîner une persistance ou une récurrence des douleurs. Le diagnostic est souvent difficile et demande des examens complémentaires, le bris du matériel implanté (vis ou plaque) peut être le signe de cette complication et peut conduire le chirurgien à ré-intervenir pour refaire une greffe, et changer éventuellement les implants.

Les **risques exceptionnels**

- Un dommage accidentel à la moelle épinière qui peut entraîner une paralysie des 2 bras et des 2 jambes. Ce risque est cependant inférieur à 0,1 %.
- Le risque de lésion des vaisseaux.
- Le risque de lésion de l'œsophage.



Quelles sont les suites de l'intervention ?

Les suites de l'intervention sont peu douloureuses, bien contrôlé par le traitement antalgique. Vous sortirez du bloc avec un collier-minerve semi-rigide. Un corset-minerve rigide sera peut-être prescrit pour une durée de 45 jours à 3 mois. Vous sortirez de l'hôpital entre le 3^e et le 5^e jour post-opératoire.

LES 2 PREMIERS JOURS APRÈS L'INTERVENTION

- Vous serez allongé sur le dos avec des drains au niveau de la zone opératoire et vous aurez une perfusion. Un appareillage pourra être prescrit par le chirurgien selon la nature de votre intervention : minerve, corset, ceinture. Vous pourrez alors être levé avec l'aide du kinésithérapeute.
- Pour tout changement de position, vous serez aidé par le personnel soignant.
- Vous pourrez boire et reprendre une alimentation légère. Il est possible que vous ayez des difficultés à avaler pendant un certain temps.

LE 3^e JOUR APRÈS L'INTERVENTION

- Les drains et perfusion seront ôtés sur prescription médicale.
- Vous reprendrez progressivement une alimentation normale.

En ce qui concerne vos déplacements, limitez la marche à 10 ou 15 minutes. Le premier mois, évitez les longs trajets en voiture. Il n'est pas recommandé de conduire un véhicule pendant les deux premiers mois suivant votre chirurgie.

Si vous avez subi une greffe, la douleur à la hanche (qui s'atténuera avec le temps) pourra limiter vos déplacements pendant 4 à 6 semaines.

LE LEVER ET LE COUCHER

POUR SE LEVER

- 1 Se mettre sur le dos.
- 2 Plier les jambes.
- 3 Pivoter sur le côté.
- 4 S'asseoir au bord du lit en s'aidant des bras, le dos bien droit.
- 5 Se mettre debout en gardant le tronc le plus droit possible.



POUR SE COUCHER

De façon strictement inverse au lever : s'asseoir les pieds au sol, bras bien en appui pour soutenir le dos, puis descendre sur le côté et remonter les jambes pliées.

POUR DORMIR



Pour dormir, la position **sur le côté** est celle qui est la plus recommandée. Placez l'oreiller de façon à ce que votre tête et votre cou soient alignés avec le corps.

Ne mettez pas d'oreiller sous les épaules. Pliez les genoux et placez un coussin entre les deux genoux.



Ou bien **sur le dos**.



LA TOILETTE ET L'HABILLAGE

Lorsque les points de suture auront été enlevés ou que le pansement sera retiré vous pourrez enfin prendre une douche ou un bain. Vous devrez enlever le collier avant la douche. Fixez un point devant vous lorsque vous laverez vos pieds, vous devez absolument éviter de vous pencher la tête en avant.

LA RÉÉDUCATION

La rééducation commencera environ 45 à 90 jours après l'intervention selon la prescription du chirurgien donnée lors de la consultation (à 45 jours). En attendant vous pourrez marcher, voire faire du vélo d'appartement.

L'ARRÊT DE TRAVAIL

L'arrêt de travail varie, selon les professions, de 2 à 3 mois.

Exercices d'assouplissement 10 jours après l'opération

Votre cou ayant subi le choc d'une opération et ayant été immobilisé 10 jours pour assurer la guérison, il est important que vous fassiez ces exercices vous permettant de rétablir une bonne flexibilité.

Respectez votre douleur. Lorsqu'un exercice provoque ou augmente la douleur, diminuez en l'intensité ou le nombre de répétitions. Vérifiez que l'exécution soit correcte.

Effectuez chaque exercice lentement. Évitez de trop forcer un mouvement et de vous entêter dans la douleur. Prenez du repos entre les exercices.

De semaine en semaine, vous pourrez aller plus loin et en faire plus sans causer de douleur.



Mauvaise position



Bonne position

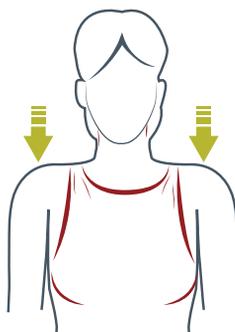
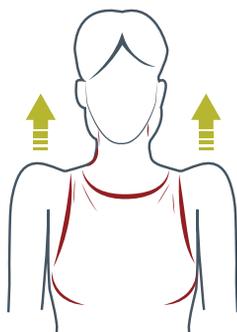
MOBILISATION DE LA CEINTURE SCAPULAIRE

POSITION

Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton légèrement rentré, les bras relâchés de chaque côté.

EXERCICE

Soulevez les épaules vers les oreilles puis relâcher doucement, Descendez les épaules le plus bas possible et relâchez.



POSITION

Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton très légèrement rentré, les bras relâché de chaque côté.



EXERCICE

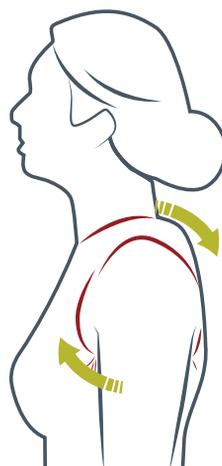
Amenez les épaules vers l'avant puis revenez au centre. Amenez les épaules vers l'arrière et revenez au centre.

POSITION

Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton très légèrement rentré, les bras relâchés de chaque côté.

EXERCICE

Roulez les épaules vers l'arrière.



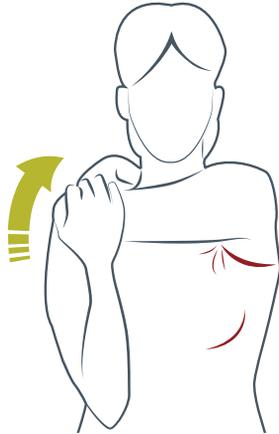
ÉTIREMENT DES BRAS

POSITION

Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton légèrement rentré sans bouger le cou.

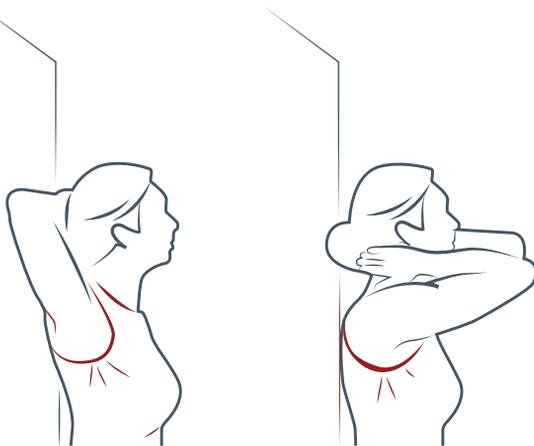
EXERCICE

Prenez le coude droit avec votre main gauche et le tirez vers la gauche en gardant le coude à la hauteur de l'épaule. Tenez 30 secondes et relâchez. Répétez avec l'autre côté.



POSITION

Debout contre le mur, pieds écartés à la largeur des hanches à une distance d'environ 2 à 5 cm du mur. Genoux légèrement fléchis.



EXERCICE

Mains appuyées sur la nuque, écartez les coudes de chaque côté jusqu'au mur. Tenez 30 secondes. Revenez au centre et relâchez.





POSITION

.....
Debout contre le mur, pieds écartés à la largeur des hanches à une distance d'environ 2 à 5 cm du mur. Genoux légèrement fléchis.

EXERCICE

.....
Placez une balle sur les points de tension musculaires.

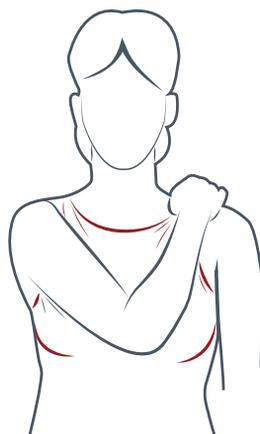
Ne placez pas la balle sur les os : colonne, omoplate. Faites de légers mouvements de rotation du muscle sur la balle pendant environ une minute. Répétez de l'autre côté.

POSITION

.....
Assis bien droit sur une chaise les pieds à plat. Laissez pendre le bras gauche.

POSITION

.....
Saisissez fermement le muscle sur le dessus de l'épaule gauche avec la main droite. Massez le muscle pendant une minute. Répétez de l'autre côté.



ÉTIREMENT DES MUSCLES DE LA NUQUE

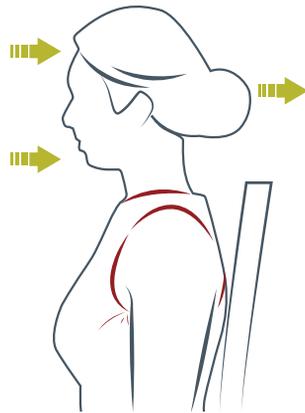
Cet exercice vous aidera à avoir une bonne posture et doit être exécuté avant tous les exercices qui suivent.

POSITION

Assis bien droit sur une chaise, les épaules relâchées, les pieds bien à plat sur le sol ou sur un petit banc. De préférence, placez-vous devant un miroir.

EXERCICE

Rentrez très légèrement le menton, allongez la nuque vers le haut. Gardez les yeux fixés au même niveau. Tenez 4 secondes et relâchez.



ROTATION

POSITION

Assis bien droit sur une chaise, les épaules relâchées, les pieds bien à plat sur le sol. De préférence, placez-vous devant un miroir.

EXERCICE

Rentrez légèrement le menton et tournez la tête à droite doucement. Allez aussi loin que possible sans trop de douleur. Revenez au centre et faites un arrêt. Répétez à gauche.



ÉTIREMENT DU TRAPÈZE

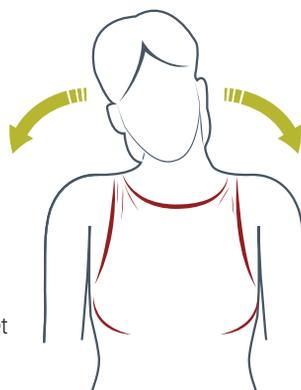
POSITION

Assis, devant un miroir, bien droit sur une chaise, les épaules relâchées, les pieds bien à plat sur le sol. Rentrez légèrement le menton.

EXERCICE

Penchez la tête à droite le plus loin possible, en rapprochant l'oreille de votre épaule droite. Tenez 20 à 30 secondes pour étirer le muscle. Revenez au centre et faites un arrêt.

Répétez de l'autre côté.



ÉTIREMENT DES MUSCLES POSTÉRIEURS DU COU

Cet exercice vise à allonger le cou et le dos tout en vous faisant relaxer et adopter une bonne posture.

POSITION

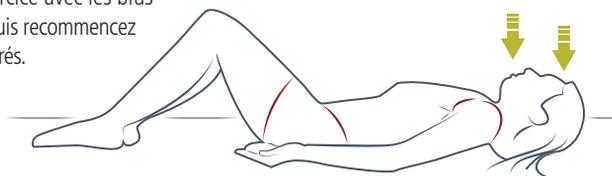
Couché sur le dos sur une surface dure, genoux pliés, les bras le long du corps, paumes des mains vers le plafond.

Relâchez les épaules. Évitez de creuser le bas du dos.

EXERCICE

En inspirant, allongez la nuque en rentrant légèrement le menton et en appuyant l'arrière du crâne sur le matelas. Tenez 4 secondes. Relâchez la nuque en expirant.

Refaites le même exercice avec les bras écartés à 45 degrés, puis recommencez avec les bras à 90 degrés.



PÔLE LOCOMOTEUR

Service de chirurgie orthopédique, réparatrice et traumatologique



Docteur Patrick Chatellier, Docteur Dotsé Bouaka, Docteur Jonathan Lebhar

