

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 pourraient donner des signes trompeurs.

Il s'agit des examens suivants :

La radiographie standard : elle permet de reconnaître le niveau de l'atteinte, car en général, le disque est moins haut et partiellement écrasé. Le plus souvent, les lésions 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. Il visualise bien les zones de compression de la moelle épinière. Parfois, 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 (œdème de la myélopathie cervicale).

L'électromyogramme (EMG) : permet d'étudier la qualité de fonctionnement des nerfs, 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, de traitements médicaux peuvent être institués : médicaments contre la douleur (de 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.

Dans les formes plus graves la chirurgie de décompression est indiquée.

L'objectif du traitement chirurgical est de redonner des dimensions normales à votre canal rachidien pour que les éléments nerveux qui y sont contenus ne soient plus comprimés de façon à arrêter l'évolution de votre maladie et si possible de faire régresser vos symptômes, s'il n'existe pas déjà des lésions neurologiques irréversibles.

Il n'y a pas de technique chirurgicale univoque, votre chirurgien choisira celle qui lui paraît le plus adaptée à vos symptômes et à la nature des lésions responsables.

Sans être exhaustif on peut résumer les principales interventions réalisées de la façon suivante :

→ Si la compression est limitée à un étage intervertébral ou à un nombre limité d'étages il est habituellement réalisé une intervention par voie antérieure qui consiste à enlever le ou les disques responsables avec les ostéophytes adjacents (comme pour une névralgie cervico-brachiale). En fonction des lésions, ce geste pourra être éventuellement complété par la mise en place d'une greffe ou d'un substitut osseux à la place du disque enlevé, et

par la mise en place d'un support (cage) à cette greffe ou d'une fixation par une plaque métallique,

→ Si la compression est étendue et prédomine sur la face antérieure de la moelle, il est habituellement réalisé une ouverture large du canal rachidien par voie antérieure en pratiquant l'ablation de la partie médiane d'un ou plusieurs corps vertébraux (somatotomie médiane ou corporectomie). Paradoxalement, cette intervention déstabilise peu le rachis cervical, et il n'est pas toujours nécessaire de remplacer les corps vertébraux par un greffe. Quand elle doit être réalisée, le greffon est habituellement prélevé au niveau du bassin et fixé par une plaque métallique,

→ Si la compression est étendue et prédomine sur les éléments postérieurs, la colonne est abordée par voie postérieure, le canal rachidien est élargi en pratiquant l'ablation d'une partie des arcs vertébraux postérieurs (laminectomie). La plupart du temps, aucun geste complémentaire n'est nécessaire (cf fiche spéciale).

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 bénéfico-risque, il vous a été proposé une corporectomie cervicale par voie antérieure. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. En fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, votre chirurgien peut être amené à procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Les résultats de cette chirurgie sont habituellement excellents. Dans la très grande majorité des cas, l'évolution de votre maladie est arrêtée et si vos symptômes ne sont pas trop évolués, ils peuvent régresser. Dans de rares cas, du fait de l'évolution des lésions dégénératives de votre colonne que l'on ne sait pas interrompre, les symptômes peuvent réapparaître au bout de quelques années ce qui peut faire éventuellement discuter une seconde intervention.

Votre lever sera en principe autorisé le lendemain de l'intervention. Des médicaments vous seront administrés pour soulager vos douleurs. De la rééducation est souvent prescrite pour améliorer la qualité de votre état fonctionnel. La durée de séjour à l'hôpital est en règle générale inférieure à une semaine.

L'INTERVENTION

Elle consiste à 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'abord par l'avant (c'est le cas décrit ici), est actuellement choisi par la majorité des chirurgiens. 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.

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. 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 enlever le disque atteint, puis partiellement le corps de la vertèbre de façon à décompresser 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 par vis et plaque. 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: l'utilisation d'un microscope pendant l'intervention.

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 post opératoires.

LES SUITES POST-OPÉRATOIRES

Habituellement, une fois la racine décomprimée, 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. 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.

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 5 et 10 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 générale tout seul. Si le risque augmente de façon importante, il faut comprimer les voies respiratoires, ou même la moelle épinière et il peut exceptionnellement avoir une nécessité de ponction évacuatrice ou d'un drainage chirurgical.

Plus rarement

Les risques concernant les vaisseaux sanguins sont exceptionnels. La carotide exposée est protégée par des écarteurs. Pendant la corporectomie, l'artère vertébrale est parfois visualisée, sa lésion est exceptionnelle.

Les lésions des nerfs ou de la moelle épinière, sont exceptionnelles. Il peut en résulter des pertes de sensibilité ou des troubles paralytiques. Il existe des cas où la décompression rapide de la moelle épinière s'est traduite par des déficits neurologiques. Dans cet abord chirurgical, s'il est fait du côté droit, il s'expose à des lésions d'étirement du nerf récurrent qui entraîne une paralysie souvent transitoire d'une corde vocale (voix rauque).

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'œsophage est récliné sur le côté et protégé par des écarteurs, sa lésion est également exceptionnelle.

L'infection du site opératoire, dite infection nosocomiale est très rare au niveau cervical. Elle peut toujours se produire. En règle générale, l'identification du germe en cause et la prescription d'antibiotiques adaptés, éventuellement accompagnés 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'infection urinaire sur sonde à demeure est facilement traitée par des antibiotiques.

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.

Le délai de mise en route des traitements de l'ensemble de ces complications, reste un élément très important dans les chances de réussite. Il vous appartiendra d'informer votre chirurgien le plus rapidement possible, en cas de présence de la moindre anomalie ou doute.

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 ?

Date de remise au patient (e) :

Date et Signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher