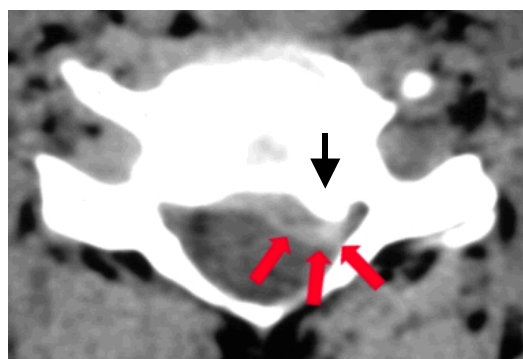
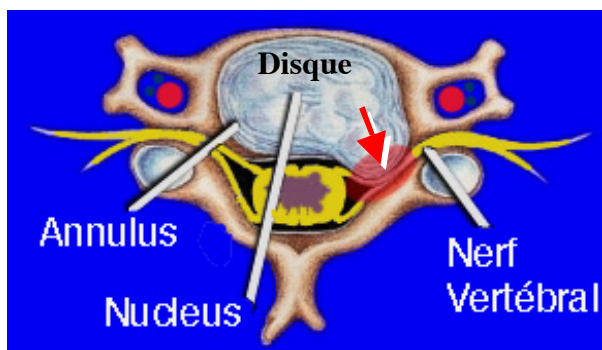


HERNIE DISCALE CERVICALE

Eléments d'information destinés au patient

Vous devez être prochainement opéré d'une hernie discale cervicale et ce document ambitionne de mieux vous informer à propos de cette maladie et de son traitement.

Qu'est ce qu'une hernie discale ? :



Chaque vertèbre est séparée de sa voisine du dessus ou du dessous par un coussin élastique, dont le rôle est de subir et d'amortir les chocs et les contraintes mécaniques de l'existence, ce coussin est le disque intervertébral (annulus = partie externe, partie centrale = nucléus). Pour diverses raisons, une maladie d'usure de ce disque peut conduire à un changement de la consistance de la partie centrale du disque (nucléus), les pressions peuvent monter dans le disque, qui peut finir par se fissurer, puis par se déformer, voir même par se rompre (au niveau de l'annulus), c'est la « hernie discale ».

Un disque ainsi malade peut donner simplement du mal de cou ("cervicalgie"), mais lorsqu'il appuie sur un nerf qui va dans le bras, il entraîne des douleurs du bras. C'est le plus souvent en raison de la persistance de ces douleurs du bras malgré un traitement médical bien conduit que l'on vous a parlé de la nécessité d'une intervention. On appelle cette douleur une « névralgie cervico-brachiale ».

Dans de rares cas, la hernie est tellement grosse, ou le canal cervical tellement étroit par rapport à la taille de la hernie, que même la moelle épinière souffre de la compression et que des faiblesses des 4 membres ou seulement des bras apparaissent. Ces formes-là sont beaucoup plus graves que celles où seulement un nerf est comprimé.

Souvent il n'y a pas que la maladie du disque mais aussi celle de toute l'articulation : c'est l'arthrose cervicale qui aggrave encore les choses en augmentant les douleurs cervicales, en rétrécissant la place des nerfs et de la moelle (uncarthrose), en calcifiant les hernies qui deviennent alors dures au lieu de molles.

Lorsqu'un nerf souffre, il donne des douleurs d'abord à l'effort, puis tout le temps, même et surtout la nuit, puis des "fourmis" ou endormissements apparaissent, ce qui veut dire que le nerf commence à être abîmé. Le dernier stade est la paralysie du nerf avec perte de force dans le territoire qu'il commande (la main ou la flexion ou l'extension du coude par exemple selon le nerf concerné).

Les dégâts sur le nerf sont réversibles au début au stade des douleurs, moins au stade des fourmis, encore moins au stade des paralysies. Le nerf est une fibre vivante, et lorsqu'une fonction nerveuse est perdue, il est impossible d'être sûr de sa qualité et vitesse de récupération. Les dégâts sur la moelle épinière sont peu réversibles surtout si elle a souffert longtemps et la récupération est très lente dans la plupart des cas.

Qu'est ce que la chirurgie de la hernie discale cervicale ?

Si on vous a conseillé la chirurgie, c'est que vous avez épuisé sans succès les recours médicaux, qui permettent pourtant de venir à bout de la plupart des névralgies cervicales de cause discale (rééducation, médicaments, infiltrations ...). Seules les formes paralysantes ou vraiment très intenses, seront opérées sans attendre ainsi, bien entendu, que les compressions de la moelle épinière.

L'opération se fait sous anesthésie générale, dure environ 1 heure pour un niveau, ne saigne pas (ou peu !). Vous ne serez donc pas transfusé, sauf cas particulier. Vous serez installé sur le dos et vous serez endormi par une injection intraveineuse au pli du coude.

L'incision sera effectuée sur le devant du cou, du côté gauche le plus souvent, elle sera horizontale (pour 1 ou 2 niveaux) ou verticale (plusieurs niveaux), de 5 cm de long selon votre corpulence et juste en face du niveau du disque repéré avec l'appareil à Rayons X pour compter les vertèbres.

Ensuite il faut écarter en dehors les gros vaisseaux du cou (artère carotide et veine jugulaire), en dedans le larynx, la trachée et l'œsophage pour atteindre la face avant des vertèbres. Ce temps est délicat, mais en fait, rien n'est coupé (sinon 1 ou plusieurs petits vaisseaux), il s'agit seulement d'une chirurgie de dissection, donc d'écartement, ce qui explique qu'il y ait aussi peu de douleur liées à cette voie d'abord dans les suites.

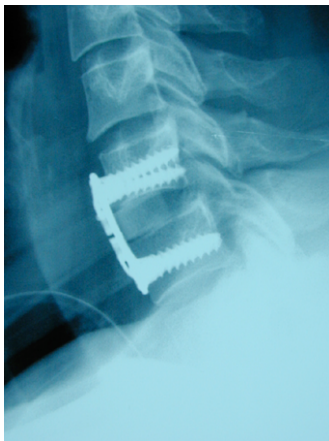
Le disque que l'on vise est encore repéré à l'appareil à Rayons X lorsqu'on arrive dessus pour être tout à fait certain de ne pas se tromper de niveau.

Progressivement on ôte la totalité du disque, on va en arrière jusqu'à la méninge et l'on va chercher le départ du nerf comprimé et l'on enlève tous les fragments de disque qui appuient dessus, qu'ils soient mous ou calcifiés. Si nécessaire, on enlève également l'arthrose (uncarthrose) qui coince le nerf. Le nerf et la moelle doivent être parfaitement détendus si on les a trouvés comprimés.

Dans certains cas (disque de bonne hauteur sur les radiographies et surtout hernie discale très latérale), le disque n'est pas réséqué en totalité. Un tunnel de 5 mm à cheval sur l'os et le disque est creusé d'avant en arrière dans le disque en regard de la hernie discale. La hernie discale est enlevée par ce petit tunnel, cette technique s'appelle « uncoforaminotomie ». Dans ce cas, aucun matériel n'est mis en place et votre disque garde sa mobilité.

Dans le cas où le disque aurait été enlevé en totalité et afin d'éviter à l'espace discal ainsi vidé de se pincer, ce qui peut entraîner de nouvelles douleurs, il est préférable de reconstruire en remplaçant le disque malade soit :

- Par une greffe d'os, il s'agit d'une « arthrode » . Nous disposons de 2 types de greffe, l'os du patient ou un substitut osseux de synthèse. Le choix du type de greffe est multifactoriel et sera affaire de cas par cas. Si ce choix s'est porté sur l'utilisation de votre propre os (cas rares), là où il est le plus accessible est la "crête iliaque", c'est-à-dire le rebord du bassin, là où appuie la ceinture. On vous fera donc une petite incision là aussi de 4 cm environ pour le prélèvement. Afin d'éviter des douleurs au réveil, une infiltration de produit anesthésique sera faite par le chirurgien en fin d'intervention à cet endroit. Pour être sûr que le disque gardera une hauteur normale en attendant que la greffe ait pris, celle-ci sera enfermée, dans certains cas, dans un anneau en matériau composite appelé "plaque-cage" ou « cage-agrafe » (cas les + fréquents) et dans d'autres cas, maintenue en place en appliquant seulement en avant des vertèbres une « plaque ». Des vis seront utilisées chaque fois afin de solidariser les implants aux vertèbres. Le matériau utilisé pour ces implants est la plupart du temps du « titane », non détecté aux aéroports. Ce matériel ne sera jamais enlevé.
- Par une « prothèse discale ». Il s'agit d'un implant qui va recréer la mobilité physiologique du disque intervertébral. Les matériaux utilisés sont de l'acier inox (Cr Co), Titane (TiVa) et polyéthylène (PEHD). Ce matériel ne sera jamais enlevé.



Plaque + cage + vis



Cage + agrafes



Prothèse Discale

La fermeture se fera en laissant un drain devant la colonne, qui sera enlevé dans 24 à 48 heures, il ne ramène en général que quelques cl de sang et n'est mis que par sécurité. La peau est refermée avec un surjet résorbable (en iliaque aussi).

Bien souvent, dès le réveil la névralgie a disparu, parfois, il faut attendre plusieurs jours pour que le soulagement apparaisse, en particulier lorsque le nerf était très inflammatoire ou lorsque le conflit était ancien et sévère. Le soulagement est ressenti d'autant plus vivement que le conflit trouvé est intense.

Lorsqu'il y avait déjà des "fourmis", elles peuvent mettre quelques semaines à disparaître. S'il y avait déjà une paralysie du nerf, la vitesse de récupération dépend en grande partie de l'ancienneté de la paralysie, et de sa sévérité. Si elle était partielle et installée depuis quelques jours seulement on peut espérer une récupération rapide et de bonne qualité, si elle était grave et présente depuis plusieurs semaines, la récupération sera beaucoup plus aléatoire.

Les suites opératoires :

Il s'agit d'une intervention qui ne fait mal ni beaucoup ni longtemps. Le plus souvent, les patients se plaignent surtout d'une difficulté à avaler, liée à l'écartement de l'œsophage pendant l'intervention et d'un petit mal de cou (difficulté à soulever la tête), ainsi parfois que d'une douleur des épaules et entre les omoplates liée à l'écartement entre les 2 vertèbres lorsqu'on a donné plus de hauteur au disque qu'il n'en avait avant.

Le lever est autorisé dès le lendemain ou le soir même, à l'aide du kinésithérapeute. On vous mettra un collier cervical pour le confort (vous porterez ce collier pendant un minimum de 3 semaines). Le port du collier cervical est facultatif si il a été mis en place une prothèse cervicale. Le lendemain ou le surlendemain, on enlève le drain. La gêne pour avaler disparaît en quelques jours. La durée d'hospitalisation est de 3 à 5 jours.

S'il y a des douleurs pendant le séjour, elles seront calmées par des antalgiques ordinaires type Diantalvic* et souvent un décontractant musculaire type Valium*. Parfois il faut reprendre quelques jours des anti-inflammatoires.

À l'ablation du collier, surtout en cas « d'arthrodèse » il est important de réaliser pendant quelques semaines la technique du verrouillage cervical et surtout d'éviter les rotations et l'extension (regarder en l'air) du cou. Cette précaution est moins nécessaire en cas de « prothèse discale ». Une rééducation est rarement nécessaire. La reprise du travail est possible dès le 1^{er} mois pour un travail sédentaire et 3-4 mois pour un travail physique.

Que peut-on attendre de la chirurgie de la hernie discale cervicale ? :

Avant tout de vous soulager de la névralgie et l'efficacité sur ce symptôme est remarquable, supérieure à 90 % à un mois après l'intervention.

Peut-on espérer soulager le mal de cou ? : oui, si les autres disques étaient sains, si le reste de la colonne cervicale était en bon état, s'il n'y avait pas d'arthrose cervicale, et si la greffe prend bien, non si ces conditions ne sont pas réunies.

Le seul élément sur lequel on peut agir après l'intervention est de supprimer les facteurs qui diminuent les chances de faire prendre les greffes : le tabagisme, les anti-inflammatoires et l'excès de mobilité cervicale pendant le premier mois postopératoire.

Les "fourmis", endormissement de doigts, ou les faiblesses de muscles récupéreront peut-être, pas forcément vite ni complètement, selon le degré d'irréversibilité des dégâts subis par le nerf...

Lorsque la greffe aura prise, les 2 vertèbres seront "soudées", mais cela ne se traduit pratiquement par aucune perte de mobilité de la colonne cervicale si un seul disque a été opéré et si le reste de la colonne est sain. Par contre si on a dû opérer 2 voir 3 disques, il y a une perte significative des mouvements de rotation et flexion-extension. Si le disque a été conservé (uncoforaminotomie) ou remplacé (prothèse), la perte de mobilité sera moins importante.

Quels sont les risques ? :

Il ne faut pas se cacher qu'il existe un certain nombre de risques liés au fait que cette chirurgie se passe en région extrêmement sensible puisque le disque se trouve environné par des organes nobles et fragiles (nerfs, vaisseaux, moëlle) et que le moindre problème peut entraîner des catastrophes.

Les risques de cette chirurgie peuvent être groupés en 2 types :

1 - les risques **génériques** propres à toute intervention, à toute anesthésie (un décès sur 15000 en France) et malgré de constants progrès, nous ne pouvons que tendre vers le 0 % de problème sans l'atteindre (allergies, défaillances cardiaques, infections pulmonaires et urinaires, hépatites, etc...)

2 - les risques **propres** à cette chirurgie de la colonne :

- le risque de phlébite est modéré, mais non nul, même avec la prévention par les piqûres d'anticoagulant, nous avons déjà observé d'authentiques phlébites favorisées souvent par un mauvais terrain veineux (varices) et un alitement prolongé. Toute phlébite peut, en outre se compliquer d'embolie pulmonaire, parfois sérieuse, parfois très grave.

- le risque d'hématome post-opératoire, favorisé par les anti-coagulants rendus nécessaires par le risque de phlébite (!), est faible mais non nul. Si l'hématome est devant la vertèbre, il peut comprimer la trachée et entraîner une gêne respiratoire, s'il est dans le canal rachidien, il peut comprimer la moëlle épinière et entraîner une paralysie. Dans tous ces cas, une réintervention en urgence est nécessaire afin d'évacuer l'hématome.

- le risque infectieux est très faible mais certainement pas nul même si nous n'avons encore jamais vu non plus de discite infectieuse cervicale post-opératoire.

- le risque de fuite du liquide céphalo-rachidien (liquide dont sont remplies les méninges), fistule si ça coule par la peau, méningocèle (= boule) si ça ne coule pas : c'est une complication exceptionnelle car si les méninges sont déchirées pendant l'intervention, on s'en aperçoit et on les referme. Bien entendu, si le liquide coule par la peau, il peut s'infecter, et c'est la méningite, pas forcément très grave, mais toujours ennuyeuse.

- Les risques liés à la voie d'abord ne sont pas nuls :

• l'écartement de la carotide peut conduire à une obstruction de celle-ci si elle était atteinte d'artérite, c'est-à-dire si elle était en train de se boucher... Si vous êtes artéritique, si vous avez de l'athérome artériel, signalez le, on vous fera un examen doppler des artères du cou, ce qui peut conduire à changer le côté de la voie d'abord pour écarter la carotide la moins bouchée...

- l'écartement du larynx et de ses nerfs peut entraîner une paralysie d'une corde vocale, qui est une complication exceptionnelle, qui entraîne une "voix cassée", et qui récupère presque toujours en quelques jours (semaines). En cas d'abord haut (C2 à C4), il peut apparaître des troubles de la sensibilité et/ou de la mobilité de la langue également transitoires.

- l'écartement de l'œsophage peut laisser parfois une gêne durable à la déglutition, mais c'est surtout la plaie de l'œsophage qui est grave car elle entraîne des complications infectieuses et digestives qui peuvent être très graves. Nous n'en avons encore jamais observé personnellement. Dans ces derniers cas, une réintervention est nécessaire.

- la plaie de l'artère vertébrale, qui passe dans la vertèbre, est aussi une complication classique mais rare (jamais vue non plus) de la décompression loin en dehors de la racine nerveuse.

- les risques médullaires ne sont pas nuls : en particulier lorsqu'il y a déjà une souffrance médullaire par compression, que le canal rachidien est étroit et qu'il y a une hernie calcifiée, dure, qui appuie sur la moelle, cette dernière peut très facilement être contusionnée ou simplement ne pas supporter la décompression et défailir, pas forcément de façon transitoire et réversible...

- les risques liés à la prise de la greffe sur le bassin : il peut arriver qu'un petit nerf innervant la face avant de la cuisse soit sur le trajet de l'incision pour prendre la greffe, sa section ou son écartement entraîne un endormissement localisé de cette cuisse et parfois des sensations désagréables au même endroit.

- un démontage du matériel est possible (plaque et/ou vis cassé, recul de vis, mobilisation de la prothèse) et peut se voir sans que cela ait obligatoirement une signification péjorative. Une réintervention peut être nécessaire.

- l'absence de prise de la greffe ou pseudarthrodèse (fumeurs, non-respect des consignes d'hygiène cervicale post-opératoire) peut entraîner, la réapparition ou la persistance de douleurs cervicales importantes, vertiges, maux de tête et importante limitation des mouvements cervicaux. Une réintervention est alors nécessaire.

- Dans certains cas, les constatations per-opératoires peuvent imposer d'opérer un disque qui n'était pas prévu au départ.

Quels sont les risques évolutifs ?

La persistance des "fourmis", endormissements, engourdissements ou faiblesse musculaire déjà observés en préopératoire est possible et précédemment expliquée.

La survenue, à distance (10-15 ans), d'une hernie ou de signe d'usure (arthrose) sur un autre disque n'est pas une complication mais la poursuite évolutive de la maladie dégénérative qui avait conduit à l'apparition de la première hernie. En cas d'arthrodèse cervicale, une usure des niveaux adjacents survient à distance dans environ 80% des cas, des signes de NCB dans 20% et nécessité d'une ré-intervention dans moins de 10%.

Le matériau servant d'interface pour la mobilité de la prothèse peut s'user en théorie après 10-15 ans. Son remplacement ne sera nécessaire qu'en cas de réapparition de douleurs. La prothèse peut se bloquer spontanément dans les années à venir. Une réintervention ne sera pas obligatoirement nécessaire.

Une bonne hygiène vertébrale est absolument nécessaire après ce type de chirurgie et surtout en cas d'arthrodèse. Il vous sera inculqué (par le kinésithérapeute ou le chirurgien) la technique du « verrouillage cervical » afin d'économiser au maximum votre colonne vertébrale malade. Cette hygiène vertébrale devra être réalisée tout le restant de votre vie afin de minimiser le risque de récurrence.