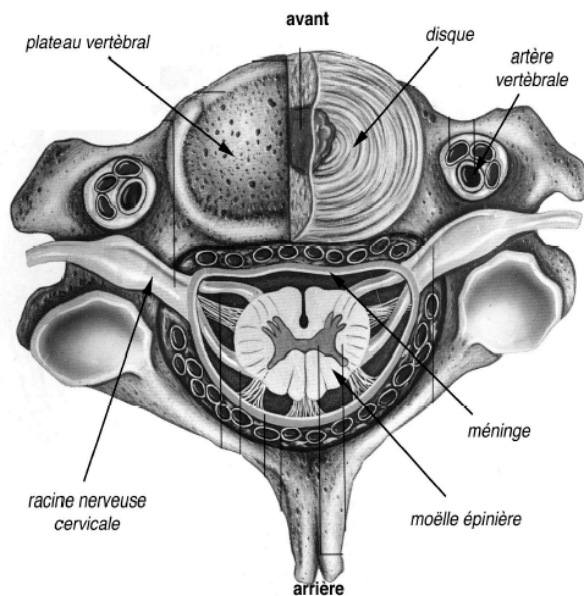


# Hernie discale cervicale

Vous allez être prochainement opéré d'une hernie discale cervicale. Ce document complète l'information orale reçue en consultation et vous informe à propos de cette maladie et de son traitement.

## Qu'est ce qu'une hernie discale ? :

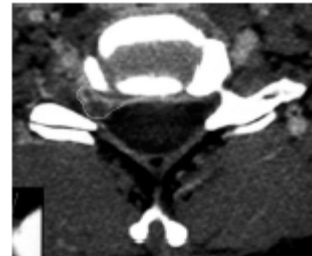
Chaque vertèbre est séparée de sa voisine du dessus ou du dessous par un coussin élastique, dont le rôle est de subir et d'amortir les chocs et les contraintes mécaniques liées à la pesanteur et les mouvements, ce coussin est le disque intervertébral:



Pour diverses raisons, une maladie d'usure de ce disque peut conduire à un changement de la consistance de la partie centrale du disque, les pressions peuvent augmenter dans le disque, qui peut finir par se fissurer, puis se déformer, voir même se rompre :

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 devant la persistance de ces douleurs du bras malgré un traitement médical bien conduit qu'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 qu'une faiblesse des 4 membres ou seulement des bras apparaît : 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, en calcifiant les hernies qui deviennent alors dures.

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, puis 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 la qualité et de la vitesse de sa 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.

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 2 heures pour un niveau, ne saigne pas (ou peu!). Vous ne serez donc pas transfusé.

Vous serez installé sur le dos et vous serez endormi par une injection intraveineuse au pli du coude.

Ensuite on vous mettra une traction cervicale pour tenir la tête dans le bon axe et la dégager des épaules.

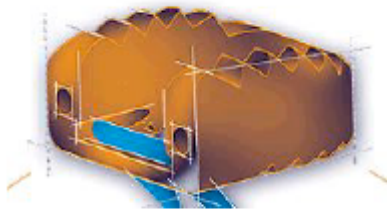
L'incision sera effectuée sur le devant du cou, généralement du côté opposé à la douleur du bras, elle sera le plus souvent horizontale, de 3 à 5cm de long, dans un pli du cou, juste en face du niveau du disque repéré avec une radiographie pour compter les vertèbres. Ensuite il faut écarter en dehors 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, il s'agit seulement d'une chirurgie de dissection, donc d'écartement, ce qui explique qu'il y ait aussi peu de douleurs 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.

La suite de l'intervention se déroule sous microscope opératoire pour voir d'avant en arrière entre les 2 vertèbres au fur et à mesure qu'on enlève le disque. Progressivement on ôte la totalité du disque, on va en arrière jusqu'à la méninge et on va chercher le départ du nerf comprimé et on enlève tous les fragments de disque qui appuient dessus, qu'ils soient mous ou calcifiés. Le nerf et la gaine contenant la moelle doivent être parfaitement détendus si on les a trouvés comprimés.

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 par une greffe d'os ou de substitut osseux.

Pour être sûr que le disque gardera une hauteur normale en attendant que la greffe ait pris, celle-ci sera enfermée dans un anneau en matériau composite appelé "cage".



Cela permet de beaucoup mieux voir la greffe se densifier au fil du temps. Ce matériel entre les vertèbres ne sera jamais enlevé. La fermeture se fera en laissant si besoin un drain devant la colonne, qui sera enlevé le lendemain, il ne ramène en général que quelques cl de sang et n'est mis que par sécurité. La peau est refermée avec du fil résorbable.

Bien souvent, dès le réveil la névralgie a disparu, parfois, il faut attendre 2 ou 3 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 fixée depuis plusieurs semaines, la récupération sera beaucoup plus aléatoire.

## **Les suites opératoires :**

Après quelques heures passées en salle de réveil, vous serez reconduit dans votre chambre et surveillé par l'infirmière. 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 (comparable à une angine), ainsi parfois que d'une douleur entre les omoplates.

Le lendemain, on enlève le drain, les perfusions destinées au traitement des douleurs et vous vous levez.

La gêne pour avaler disparaît en quelques jours.

S'il y a des douleurs pendant le séjour, elles seront calmées par des antalgiques ordinaires type paracétamol ou tramadol. Parfois il faut reprendre quelques jours des anti-inflammatoires.

### **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, supérieur à 90% à un mois après l'intervention.

Peut-on espérer soulager le mal de cou ? : oui, si les autres disques sont sains, si le reste de la colonne cervicale est en bon état, s'il n'y a 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 nuisent à la consolidation des greffes osseuses : le tabagisme et les anti-inflammatoires.

Les "fourmis", engourdissements 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 pris, 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 (un peu) et flexion-extension (surtout).

### **Quels sont les risques ? :**

Il ne faut pas 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 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 et malgré de constants progrès, nous ne pouvons que tendre vers le 0% de problème sans l'atteindre (allergies, défaillances cardiaques, 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 état 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 postopératoire, favorisé par les anticoagulants 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 moelle épinière et entraîner une paralysie.

- le risque infectieux est extrêmement faible mais certainement pas nul.

- 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 mois...

• 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.

• la plaie de l'artère vertébrale, qui passe dans la vertèbre, est aussi une complication classique mais rare de la décompression de la racine nerveuse loin en dehors.

- 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...

**Quels sont les risques évolutifs ?**

La persistance des "fourmis", endormissements, engourdissements ou faiblesse musculaire déjà observés en préopératoire est clairement exprimée.

La survenue, à distance, d'une hernie sur un autre disque n'est pas une complication mais la poursuite évolutive de la maladie dégénérative qui avait conduit à la première hernie.

Si la greffe ne prend pas (fumeurs), il persiste d'importantes douleurs cervicales, voir même des vertiges, des maux de tête et une importante limitation des mouvements cervicaux...

Tous ces éléments informatifs sont conformes aux dernières exigences de la jurisprudence en matière d'information préopératoire.

Plusieurs dizaines de patients sont opérés chaque année dans le service d'une hernie discale cervicale.

L'équipe et la structure sont donc pleinement rodées et efficaces pour limiter les risques liés à l'intervention chirurgicale.