

Opération du rachis cervical - voie antérieure

Information destinée aux patients

INTRODUCTION	3
ANATOMIE DU RACHIS CERVICAL	4
QUELLES SONT LES RAISONS POUR LESQUELLES ON OPÈRE LA COLONNE VERTÉBRALE ?	8
Hernie discale	
Anomalies dégénératives	
PLANNING DE L'HOSPITALISATION	12
VOTRE ADMISSION DANS LE SERVICE	13
DÉROULEMENT D'UNE OPÉRATION DU RACHIS CERVICAL PAR LA VOIE ANTÉRIEURE	15
APRÈS L'OPÉRATION	17
COMPLICATIONS POSSIBLES ET POINTS À SURVEILLER APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL	19
QUAND DEVEZ-VOUS REPRENDRE CONTACT ?	21
CONTACTS UTILES	22

Vous allez bientôt subir une opération chirurgicale au niveau de la colonne vertébrale cervicale ou rachis cervical. Cette brochure contient des informations détaillées sur la nature de l'affection pour laquelle cette opération est réalisée et sur l'opération elle-même. Nous donnons également un aperçu du déroulement de l'hospitalisation et des points à surveiller après la sortie de l'hôpital. Enfin, vous y trouverez une série de contacts utiles pour après l'hospitalisation.

Une opération du rachis cervical est réalisée soit par l'avant du cou (voie antérieure), soit par l'arrière (voie postérieure). Cette décision est prise en fonction de la nature de l'affection, de l'emplacement de la déviation anatomique par rapport à la moelle épinière et/ou des structures nerveuses et de la nécessité éventuelle de fixer une ou plusieurs vertèbres.

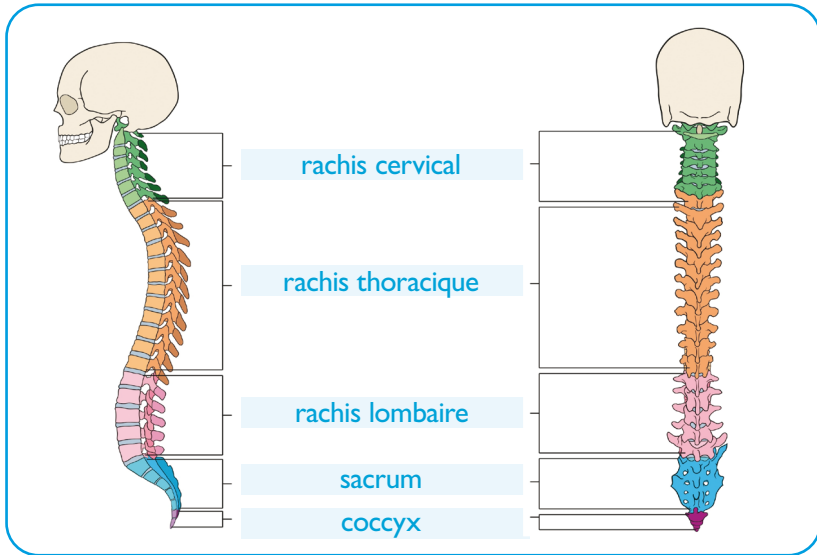
Votre chirurgien a décidé, en accord avec vous, d'opérer par la **voie antérieure**. Cette brochure traite spécifiquement de ce type d'opération.

Si vous avez encore des questions après avoir lu la brochure, n'hésitez pas à vous adresser à un médecin ou un membre du personnel soignant. Une personne bien informée se sent plus à l'aise, moins stressée, ce qui favorise aussi la guérison.

ANATOMIE DU RACHIS CERVICAL

La colonne vertébrale (ou rachis) est composée d'une série de vertèbres. Il y a ainsi, de haut en bas, sept vertèbres cervicales, douze vertèbres thoraciques et cinq vertèbres lombaires. Sous les vertèbres lombaires se trouve le sacrum, et en dessous de celui-ci, le coccyx (voir la figure ci-dessous). Les vertèbres cervicales forment le cou et sont reliées directement à l'occiput.

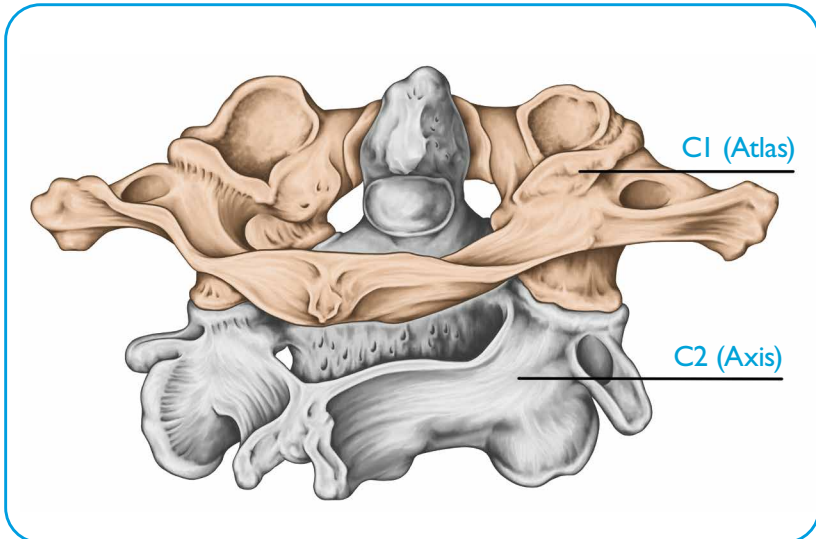
En anatomie, les vertèbres cervicales sont désignées par la lettre C suivie du numéro de la vertèbre. Il y a au total sept vertèbres cervicales qui sont dénommées, de haut en bas, C1 à C7.



La colonne vertébrale en vue latérale et arrière

La **première vertèbre cervicale, C1**, est aussi appelée « atlas », du nom du personnage mythologique Atlas qui portait la voûte céleste sur ses épaules. C1 forme le lien entre la colonne vertébrale et la tête et porte la tête. Contrairement aux autres vertèbres cervicales, C1 ne dispose pas d'un corps vertébral, mais bien d'une structure en forme d'anneau. C'est donc une vertèbre d'assez petite taille.

La **deuxième vertèbre cervicale, C2**, est aussi appelée « axis ». C'est une grande vertèbre cervicale qui comporte une éminence verticale en forme de dent (dent de l'axis). Cette éminence, articulée à C1, assure pour l'essentiel la rotation du cou vers la gauche et vers la droite. Les fractures au niveau de la dent de l'axis sont assez fréquentes et donnent lieu régulièrement à une intervention chirurgicale.



C1 (atlas) et C2 (axis), avec vue arrière de l'articulation entre la dent de l'axis et l'anneau de C1 qui assure, pour une part importante, la rotation du cou

Les **vertèbres cervicales trois à sept, C3 à C7**, ont une constitution plus constante. Comme les vertèbres situées plus bas, elles sont constituées d'un corps vertébral et d'un arc vertébral.

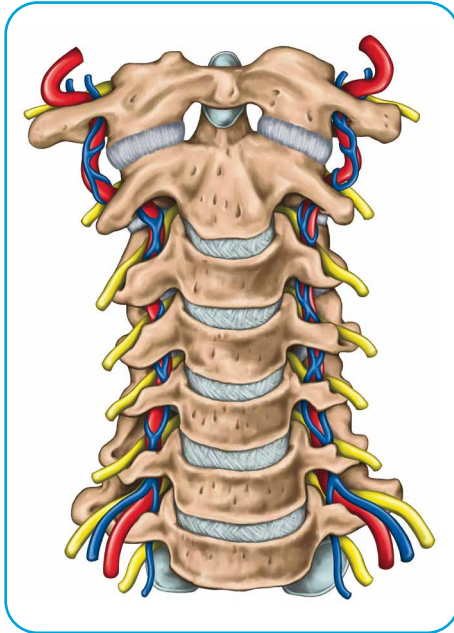
L'arc vertébral comprend :

- ✗ deux éminences latérales (apophyses transverses)
- ✗ quatre surfaces articulaires qui sont en contact avec les vertèbres adjacentes
- ✗ la lame vertébrale qui protège l'arrière du canal rachidien
- ✗ une apophyse épineuse à l'arrière, qu'on peut sentir à travers la peau

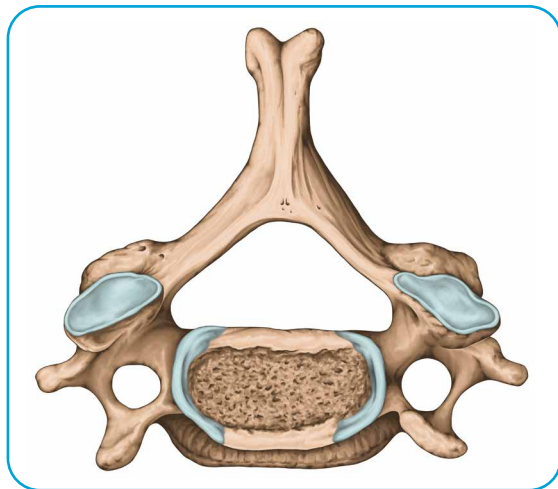
Contrairement aux vertèbres rachidiennes situées plus bas, les apophyses transverses des vertèbres C1-C6 ont une ouverture par laquelle passe, des deux côtés, l'artère qui amène le sang au tronc cérébral et au cervelet (artère vertébrale).

L'ensemble formé par l'arc vertébral et le corps vertébral entoure une ouverture circulaire. Lorsque toutes les vertèbres sont empilées les unes sur les autres, cela forme ainsi un canal : le canal rachidien. Ce canal contient, dans le rachis cervical et le rachis thoracique, la moelle épinière.

La moelle épinière est un prolongement direct du tronc cérébral et contient toutes les structures nerveuses qui assurent la commande et la sensation du tronc et des membres. Au niveau de chaque vertèbre, sous l'arc vertébral, une racine nerveuse ressort de chaque côté. Ces racines nerveuses prennent naissance dans la moelle épinière. Entre les vertèbres se trouvent des disques intervertébraux qui font office d'amortisseur et d'articulation. Les disques intervertébraux se composent d'une enveloppe rigide et d'un noyau mou.



Vue avant de tout le rachis cervical, où l'on voit les vertèbres C1 à C7. Des deux côtés du rachis cervical, une artère (en rouge) s'étend vers le tronc cérébral et le cervelet. Les nerfs qui sortent du rachis cervical à chaque niveau sont illustrés en jaune.



Vue du dessus d'une des vertèbres cervicales telles qu'elles se présentent de C3 à C7, avec les différentes parties anatomiques

QUELLES SONT LES RAISONS POUR LESQUELLES ON OPÈRE LA COLONNE VERTÉBRALE ?

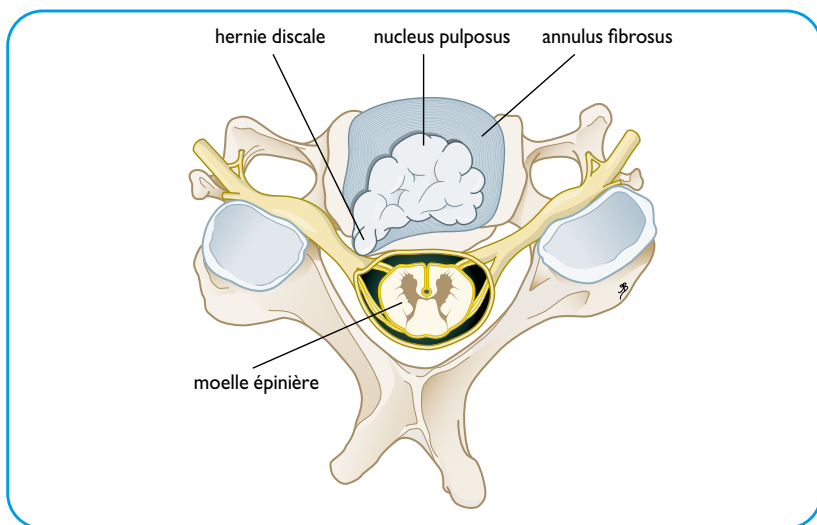
La plupart des opérations à la colonne cervicale sont effectuées pour des affections qui entraînent une pression sur une racine nerveuse ou sur la moelle épinière. Les causes sont généralement une hernie discale ou une croissance osseuse et un épaissement des ligaments dû à l'usure (anomalies dégénératives).

Des opérations sont aussi fréquemment réalisées suite à des fractures, des tumeurs, des maladies inflammatoires ou des anomalies congénitales du rachis cervical. Ces opérations sont moins standardisées, raison pour laquelle elles ne sont pas abordées spécifiquement dans cette brochure. Votre chirurgien est évidemment à votre disposition pour des explications plus détaillées.

HERNIE DISCALE

Comme les vertèbres dans le bas du dos, les vertèbres cervicales sont reliées les unes aux autres par des disques intervertébraux. Ceux-ci font office d'amortisseur, mais ils assurent aussi la mobilité de la colonne vertébrale. Un disque intervertébral se compose d'un noyau pulpeux (nucleus pulposus) entouré d'une enveloppe rigide (annulus fibrosus). Étant donné que les disques intervertébraux assurent la mobilité, ils subissent une charge et sont sujets à l'usure. Cette usure peut provoquer une déchirure dans l'enveloppe rigide (annulus fibrosus), si bien que le noyau mou (nucleus pulposus) fait saillie du canal cervical. Cette saillie est une [hernie discale](#).

Les hernies discales dans le cou se produisent généralement aux niveaux C5-C6 ou C6-C7, mais elles peuvent tout aussi bien se produire



à d'autres niveaux. En raison de la relation étroite entre les structures nerveuses molles et le canal vertébral rigide, une hernie discale se traduit souvent par une pression sur l'une des racines nerveuses émergentes ou sur la moelle épinière.

Une pression sur les racines nerveuses émergentes provoque généralement une douleur irradiante dans la région qui est sensibilisée par le nerf correspondant. On parle alors de **douleur radiculaire** qui, souvent, irradie depuis le cou jusqu'à la main. Il peut aussi y avoir une perte de sensation, un engourdissement ou des picotements dans la zone névralgique. En cas de compression sévère de la racine nerveuse, il peut en outre se produire une perte de force dans les groupes musculaires qui sont contrôlés par le nerf correspondant.

Par ailleurs, une hernie discale dans le cou peut entraîner une pression sur la moelle épinière, surtout si elle est grande ou se situe sur la ligne médiane. Une telle situation est souvent plus grave que la compression des racines nerveuses et peut provoquer des troubles fonctionnels dans la moelle épinière. On parle dans ce cas de **myélopathie**. Ces symptômes se manifestent souvent dans les bras et les jambes sous diverses formes : problèmes au niveau de la démarche, instabilité,

troubles sensoriels, motricité fine amoindrie. Dans les cas graves, des problèmes de mixtion ou de selles peuvent aussi se manifester.

Une hernie discale peut guérir spontanément au bout de quelques semaines ou quelques mois. Dans de nombreux cas, on peut donc, dans un premier temps, attendre une évolution et une guérison spontanées. Cependant, une perte de force musculaire ou des signes de myélopathie justifient en général de recourir plus rapidement à une opération. S'il n'y a pas de signe alarmant, mais bien une douleur inconfortable persistante, on peut néanmoins décider, après une période d'attente initiale, de traiter la hernie discale par voie chirurgicale. Une attitude conservatrice peut consister, par exemple, à adapter (temporairement) les activités quotidiennes, à prendre des antidouleurs ou à faire de la kiné. Si la douleur est trop forte, on peut éventuellement procéder à une infiltration épurale. Il s'agit d'injecter un anesthésiant et de la cortisone près de la racine nerveuse.

ANOMALIES DÉGÉNÉRATIVES

En de nombreux endroits du corps, il se produit peu à peu, au cours de l'existence, des anomalies dégénératives. Ces anomalies sont une forme d'usure et augmentent donc avec l'âge. Elles se situent à des endroits soumis à un mouvement et une charge importants, comme les genoux, les hanches, les épaules, ...

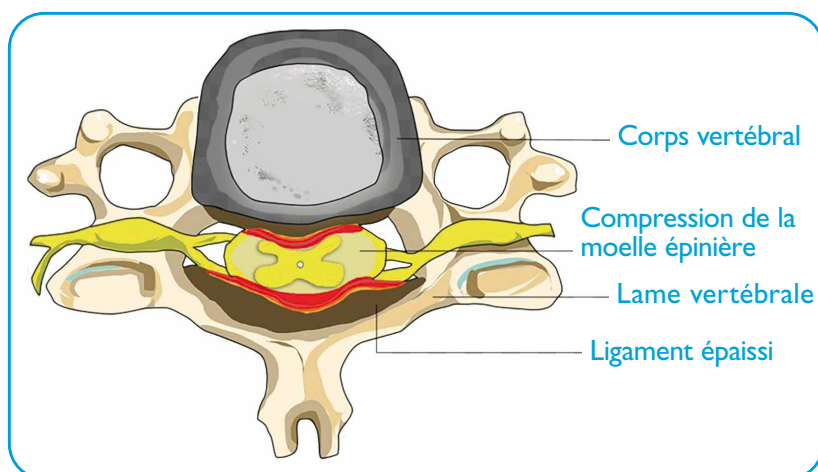
Dans la colonne vertébrale, ces anomalies dégénératives apparaissent surtout dans le bas du dos et dans les vertèbres cervicales inférieures (C5 à C7). Sur le plan anatomique, les anomalies dégénératives de la colonne vertébrale se situent principalement au niveau des disques intervertébraux, les articulations entre les vertèbres, et des ligaments qui relient les vertèbres entre elles.

L'usure provoque une formation osseuse supplémentaire, un épaississement des ligaments et un gonflement des structures articulaires.

Le tout entraîne un rétrécissement du canal rachidien ou de l'endroit où la racine nerveuse émerge. Les effets sont comparables à ceux d'une hernie discale. Il se produit une compression des racines nerveuses ou de la moelle épinière.

Contrairement à une hernie discale, les anomalies dégénératives ne montrent pas d'amélioration structurelle ou radiologique spontanée. Cependant, les troubles causés par la compression des racines nerveuses peuvent parfois s'améliorer spontanément. Ce phénomène ne s'explique pas clairement. On présume qu'il est lié à une inflammation de la racine nerveuse au cours d'une phase aiguë, qui ensuite diminue. En conséquence, la douleur peut s'atténuer, même si la compression reste visible sur les scans.

En cas d'anomalie dégénérative dans le cou, on optera aussi plus rapidement pour un traitement chirurgical s'il y a une perte de force dans les bras ou les mains ou en cas de troubles myélopathiques.



PLANNING DE L'HOSPITALISATION

S'il est décidé, dans votre cas, de procéder à une opération cervicale antérieure, vous serez envoyé(e) à la consultation d'anesthésie pour un **contrôle préopératoire**.

En guise de préparation à la consultation, vous remplissez un questionnaire. Celui-ci porte notamment sur les éventuelles allergies et autres affections, sur votre mode de vie et sur les opérations subies dans le passé. Il est utile d'apporter une liste des médicaments que vous prenez ainsi que des examens sanguins, cardiaques ou pulmonaires récents afin que l'anesthésiste puisse les examiner. Enfin, vous pouvez apporter votre carte de groupe sanguin si vous en avez une. Pour que l'hospitalisation se déroule au mieux, il est important que vous soyez passé(e) au préalable à la consultation d'anesthésie.

Pendant la consultation, votre questionnaire sera passé en revue avec vous. Votre état de santé sera ensuite contrôlé et nous examinerons avec vous le type d'anesthésie et d'analgésique, ainsi que les risques éventuels. On déterminera également quels médicaments vous pouvez encore prendre avant l'opération.

Si nécessaire, des examens supplémentaires seront pratiqués. Si les examens ne peuvent pas avoir lieu immédiatement, un rendez-vous sera fixé à la consultation.

Si l'anesthésiste donne son accord, la date de l'hospitalisation peut être confirmée. Cela se fait habituellement par courrier.

VOTRE ADMISSION DANS LE SERVICE

Vous serez en principe admis(e) dans le service la veille de l'intervention dans l'après-midi ou le jour même au matin.

L'espace de rangement étant assez limité dans le service, nous vous demandons d'apporter uniquement les affaires nécessaires à l'hôpital. Il vaut mieux laisser les objets de valeur à la maison.

Il est conseillé d'apporter :

- ✓ Tous les médicaments que vous prenez actuellement dans l'emballage d'origine. Ces médicaments sont à remettre au personnel infirmier, qui les rangera.
- ✓ Des vêtements dans lesquels vous pouvez bouger facilement et librement pendant les exercices dans le service et pour rentrer à la maison.
- ✓ Pyjama ou robe de nuit, robe de chambre
- ✓ Pantoufles fermées ou chaussures de sport solides
- ✓ Nécessaire de toilette, serviettes et gants de toilette
- ✓ Rasoir
- ✓ Livres et/ou magazines
- ✓ Monnaie pour acheter des revues, par exemple
- ✓ Chargeur de GSM
- ✓ Attestation d'assurance

Préparation à l'opération :

- ★ Rasage : il se peut que l'infirmier(ère) vous rase les poils du cou. Votre peau doit être la plus lisse possible de manière à pouvoir la désinfecter soigneusement avant l'opération.
- ★ Avant l'opération, vous prenez une douche avec un savon ordinaire. L'infirmier(ère) pourra vous aider au besoin.
- ★ Jusqu'à deux heures avant l'opération, vous pouvez prendre les boissons suivantes :
 - eau
 - jus de fruit sans pulpe
 - boissons isotoniques
 - boissons gazeuses
 - thé ou café noir
- ★ À partir de six heures avant l'intervention, vous ne pouvez plus prendre d'aliments solides ou d'autres boissons que celles énumérées ci-dessus. Demandez à l'infirmière ou au médecin du service à quel moment commence normalement l'opération, afin d'éviter un report.

Juste avant l'opération :

- ★ Vous recevez une chemise d'opération.
- ★ Enlevez les bijoux, lunettes, lentilles de contact, maquillage, prothèses dentaires, appareils auditifs, piercings et la perruque éventuelle et rangez-les dans l'armoire de votre chambre. Remettez la clé de l'armoire à l'infirmière.
- ★ L'infirmière s'assure que vous avez un bracelet d'identification au poignet.
- ★ L'infirmière vous indique quels médicaments vous pouvez encore prendre avant l'opération (avec une petite gorgée d'eau).
- ★ Vous êtes emmené(e) à la salle d'opération.

DÉROULEMENT D'UNE OPÉRATION DU RACHIS CERVICAL PAR LA VOIE ANTÉRIEURE

Toutes les opérations au niveau du rachis cervical se font sous anesthésie générale. Après que l'anesthésiste vous a mis sous anesthésie, le chirurgien place votre tête et votre cou dans la bonne position pour l'opération. Lors d'une opération par la voie antérieure, vous restez sur le dos pendant l'opération et votre tête sera sans doute légèrement inclinée vers l'arrière.

Lors d'une opération au cou, vous recevez toujours des antibiotiques préventifs. Si des implants sont utilisés, vous les gardez souvent pendant 24 heures.

Une incision est tracée sur le côté gauche ou droit du cou. Dans certains cas, l'incision est faite du même côté que la déviation anatomique, mais dans d'autres cas, il s'avère préférable de commencer l'opération par le côté opposé. L'endroit précis de l'incision sera déterminé à l'aide de radios.

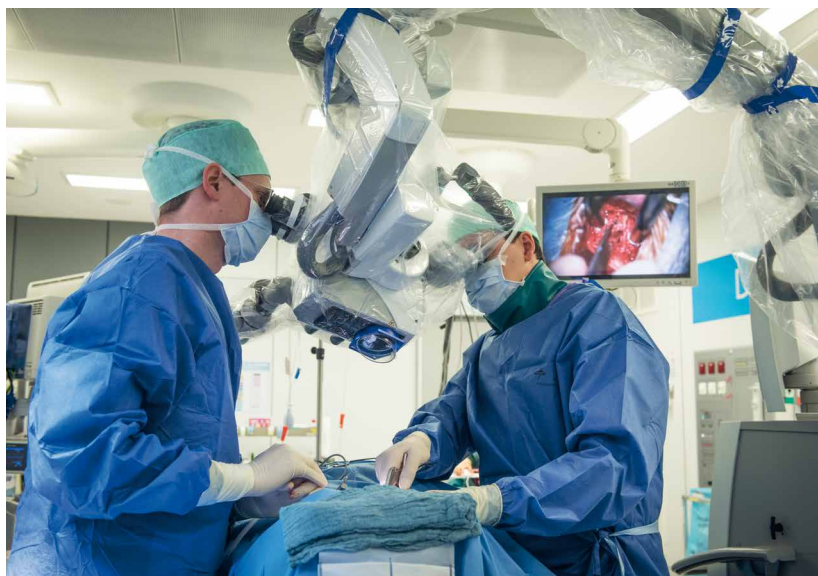
Après désinfection et application d'un champ stérile, l'opération commence. Un accès est dégagé vers le rachis cervical. Après avoir atteint le rachis, le chirurgien vérifie à l'aide de radios si la bonne vertèbre ou le bon disque intervertébral est visible. Ensuite, il enlève généralement un ou plusieurs disques intervertébraux (discectomie) ou un corps vertébral (corpectomie), ce qui permet d'extraire la croissance osseuse ou la hernie discale gênante. Cette partie de l'opération est effectuée sous agrandissement optique. La moelle épinière et les racines nerveuses émergentes sont ainsi libérées de la compression.

Une fois la décompression terminée, on place généralement un implant (cage) ou un morceau d'os à la place du disque intervertébral ou du corps vertébral qui a été enlevé. Le but est d'éviter que la colonne vertébrale diminue en hauteur et de faire en sorte que les vertèbres opérées se fixent peu à peu l'une à l'autre. Il se peut que votre chirurgien utilise pour cela un morceau d'os prélevé de la hanche. Dans ce cas, vous aurez aussi une incision à ce niveau.

Si le chirurgien l'estime nécessaire, une petite plaque sera ensuite placée à l'avant de la colonne vertébrale pour renforcer l'ensemble. La plaie est ensuite refermée en plusieurs couches. Un drain est également mis en place pour la plaie. Il s'agit d'un fin tuyau qui est relié à un récipient (Redon), lequel peut alors absorber l'excès de sang ou de liquide de la plaie à l'endroit de l'opération une fois la peau refermée.

Après cela, l'anesthésiste vous réveille et vous allez en salle de réveil (service de soins post-anesthésie ou 'PAZA').

Dans certaines situations, une minerve est réalisée sur mesure après l'opération. Votre chirurgien vous en parlera.



APRÈS L'OPÉRATION

Après l'opération, vous passez quelques heures dans la salle de réveil (service de soins post-anesthésie ou 'PAZA') pour observation. Ensuite, on vous ramène dans le service.

Pendant votre hospitalisation, il vous est demandé de signaler si vous avez des douleurs ou si la douleur persiste malgré les antidouleurs administrés. Le traitement de la douleur est très important pour votre rétablissement. Cela réduit le risque de complications et cela favorise la guérison.

Dans la plupart des cas, vous pouvez déjà vous redresser directement après l'opération, et vous pouvez bouger le jour même de l'opération. Cela se fait généralement avec l'aide d'un kinésithérapeute, lequel vous donnera aussi des instructions sur la manière correcte d'utiliser votre cou pendant les premières semaines après l'opération.

Bien souvent, des radios sont prises pour contrôle un ou deux jours après l'opération. Le drain de la plaie sera normalement enlevé un ou deux jours après l'opération sur avis du chirurgien.

S'il n'y a pas de complications, vous pourrez en principe quitter rapidement l'hôpital. Le moment précis de la sortie d'hôpital peut évidemment varier en fonction de la complexité de l'opération et de la récupération après l'opération.

Lorsque vous quittez l'hôpital, le médecin vous remet :

- ✦ Une lettre pour le médecin généraliste avec un bref compte-rendu préliminaire de l'opération et de votre séjour à l'hôpital.
- ✦ Une lettre pour vous avec les médicaments éventuels que vous devez prendre (par exemple antidouleurs). Si vous devez prendre encore d'autres médicaments, nous vous en donnerons une petite quantité. Ainsi vous ne devrez pas aller à la pharmacie le jour de votre sortie.
- ✦ Une prescription pour la pharmacie (si nécessaire)
- ✦ Une lettre mentionnant le rendez-vous de contrôle chez votre chirurgien traitant, précédé si nécessaire d'un rendez-vous pour de l'imagerie médicale afin de contrôler le processus de guérison. Ceci intervient en général environ six semaines après la sortie de l'hôpital..

COMPLICATIONS POSSIBLES ET POINTS À SURVEILLER APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL

Dans la plupart des cas, une opération du rachis cervical par voie antérieure se déroule sans complications. Nous donnons ci-dessous un aperçu des principaux inconvénients et complications après une telle intervention. Il est cependant impossible, dans cette brochure, d'énumérer en détail toutes les complications (parfois rares) possibles.

L'opération étant effectuée au niveau de la moelle épinière et des racines nerveuses émergentes, le risque le plus redouté est d'endommager les structures nerveuses, avec comme conséquence un déficit neurologique. Cela peut conduire, dans les cas les plus graves, à une paralysie. C'est heureusement très rare. Dans une opération pour une hernie, le risque est estimé à moins de 1%.

Comme avec d'autres opérations de la colonne vertébrale, une hémorragie post-opératoire dans la zone opérée est possible. Dans une opération par la voie antérieure, cela peut entraîner une compression de la moelle épinière et un déficit neurologique si l'hémorragie se produit au niveau des structures nerveuses elles-mêmes. D'autre part, dans ce type d'opération, une hémorragie post-opératoire peut survenir au niveau de l'accès, donc à l'avant de la colonne vertébrale, entraînant une pression sur la trachée, avec comme conséquence des difficultés respiratoires. Ce type d'hémorragie est rare (moins de 5%) mais nécessite généralement une nouvelle opération urgente pour enlever le sang.

Dans les opérations de la colonne vertébrale par la voie antérieure, la trachée et l'œsophage doivent être temporairement écartés pour obtenir un bon accès à la colonne vertébrale. Plus de la moitié des patients éprouvent dès lors, les premiers jours, des difficultés à avaler ou la sensation d'avoir un « goitre » dans la gorge. Cette sensation désagréable disparaît en général après une à deux semaines. Au bout de six mois, elle n'est plus présente que chez 5% des patients. Une vraie lésion à la trachée ou à l'œsophage est une complication grave qui nécessite généralement une nouvelle opération, mais heureusement cela n'arrive que très rarement.

Les cordes vocales – et surtout les nerfs qui les innervent – étant situées devant la colonne vertébrale, elles peuvent aussi présenter des troubles fonctionnels après une opération par la voie antérieure. Cela peut entraîner un enrouement (10% des patients), mais c'est généralement temporaire. Moins de 5% des patients ont un trouble fonctionnel permanent des cordes vocales qui se traduit par un enrouement ou une voix altérée.

Une opération, surtout si l'on recourt à des implants, comporte toujours un risque d'infection. Ce risque est faible dans le cas des opérations cervicales antérieures et est estimé à moins de 1%.

À plus long terme, il y a un risque que les implants ne se fixent pas correctement et qu'il n'y ait pas une bonne cicatrisation osseuse. Cela peut entraîner des troubles permanents au niveau du cou et dans des cas spécifiques, une nouvelle opération peut être proposée.

QUAND DEVEZ-VOUS REPRENDRE CONTACT ?

Comme nous l'avons déjà indiqué dans cette brochure, les complications graves sont rares.

Dans les cas suivants, toutefois, il convient de reprendre contact avec notre service :

- ✓ Apparition ou aggravation de déficits neurologiques :
 - perte de force dans les bras ou les jambes
 - perte de sensation ou sensation anormale dans les bras ou les jambes
 - problèmes lors de la marche, sensation d'instabilité
 - problèmes pour uriner ou aller à la selle
- ✓ Douleurs croissantes dans le cou, les bras ou les jambes
- ✓ Problème au niveau de la plaie (p. ex. écoulement de liquide, perte de sang, gonflement, rougeur, ouverture des bords de la plaie)
- ✓ Fièvre dans les trois premières semaines après l'opération
- ✓ Problèmes de déglutition ou d'enrouement croissants

Bien entendu, vous pouvez toujours nous recontacter si vous vous inquiétez pour une autre raison.

Il y a toujours à l'hôpital, même la nuit et le week-end, un service de garde pour les problèmes liés à la colonne vertébrale. Pour tout problème urgent, vous pouvez vous adresser à notre service d'urgence.

© Janvier 2020 UZ Leuven

Ce texte et ses illustrations ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord du service Communication de l'UZ Leuven.

Conception et réalisation

Ce texte a été rédigé par les services de neurochirurgie et d'orthopédie en collaboration avec le service Communication.

Cette brochure peut également être consultée sur
www.uzleuven.be/fr/brochure/701145.

Comments or suggestions pertaining to this brochure can be submitted via
communicatie@uzleuven.be.

Éditeur responsable
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Louvain
tél. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth



Consultez votre dossier médical
sur www.mynexuzhealth.be ou

