

Chirurgie de la hernie discale cervicale

Madame, Monsieur,

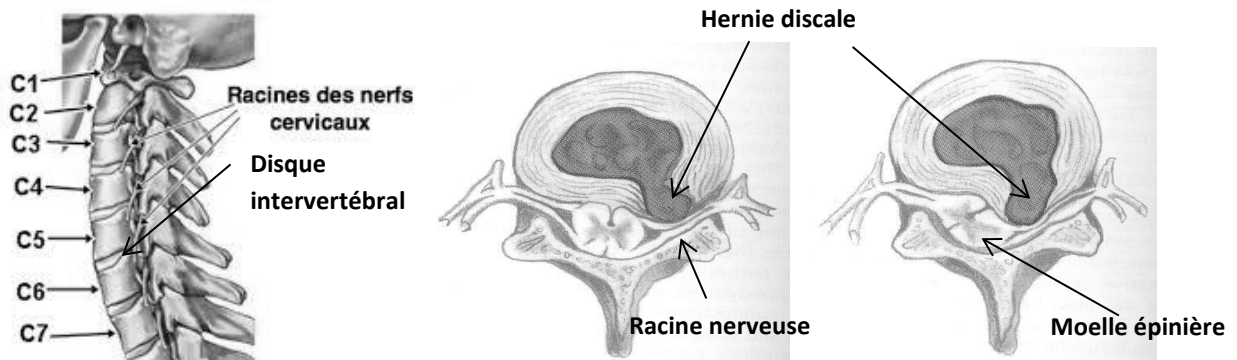
Vous allez être opéré d'une hernie discale cervicale. Ces informations restent très générales, et servent de complément aux informations particulières et personnelles vous concernant, que seul le neurochirurgien qui vous prend en charge est à même de vous donner.

Qu'est ce qu'une hernie discale cervicale ?

La colonne cervicale est constituée de 7 vertèbres (C1 à C7). En arrière des corps vertébraux se trouve le canal rachidien (ou canal vertébral) dans lequel passe, au niveau cervical, la moelle épinière. La moelle épinière transmet les ordres de mouvement et la sensibilité aux différentes parties du corps. A chaque niveau vertébral, un nerf (ou racine nerveuse) sort de la moelle épinière. Au niveau cervical ce sont des nerfs à destination des bras.

Le disque intervertébral est une sorte de coussin amortisseur entre deux vertèbres. Une hernie du disque peut survenir lorsque celui-ci est endommagé. Du matériel discal fait alors saillie dans le canal vertébral et peut provoquer des symptômes par conflit (compression) avec un nerf à destination du bras : on parle alors de névralgie cervico-brachiale. La compression du nerf provoque d'intenses douleurs dans le bras. Quelquefois, plus que des douleurs il s'agit de sensations désagréables à type de fourmillements, de décharges électriques ou de brûlures, voire d'anesthésie partielle. Dans des cas heureusement plus rares, on peut rencontrer une véritable paralysie du bras, ce qui constitue une urgence chirurgicale.

Dans d'autres cas, la hernie comprime la moelle épinière elle-même. On parle alors de myélopathie cervicale. La compression de la moelle épinière donne une impression de fatigue dans les bras et/ou les jambes, et des difficultés à les bouger, à marcher. En cas de compression de la moelle épinière le traitement est toujours chirurgical.



Le scanner et l'IRM permettent de faire le diagnostic.

Quand faut-il opérer ?

En cas de névralgie cervico-brachiale sans paralysie ou atteinte de la moelle épinière, le traitement initial comporte des médicaments antalgiques (antidouleurs) et anti-inflammatoires. Dans certains cas (absence de critères de gravité, hernie discale de petite taille), une infiltration sous scanner peut être proposée. Ce type de traitement permet alors d'espérer une guérison dans la plupart des cas en 4 à 6 semaines.

Pour les patients qui n'ont pas été soulagés par les médicaments et/ou l'infiltration, la chirurgie peut être proposée. Elle est aussi proposée en cas de compression sévère du nerf et/ou de la moelle épinière, et lorsqu'il existe des déficits neurologiques.

Comment se déroule la chirurgie ?

La chirurgie se fait sous anesthésie générale et dure 1 à 2 heures.

Le geste consiste en la décompression des éléments neurologiques (nerfs et moelle épinière).

Elle se pratique dans l'immense majorité des cas par le cou (**voie antérieure**) et non par la nuque. On réalise cette décompression en enlevant le disque intervertébral qui est alors remplacé par une sorte de cale (cage) ou bien dans certaines situations par une prothèse de disque.



Le patient se lève généralement le lendemain de l'intervention. Il rentre à domicile au troisième jour. Cette opération n'est pas très douloureuse au niveau de la plaie. Elle entraîne une gêne pour avaler, (comme une angine), et parfois des douleurs entre les omoplates pendant les premiers jours.

Le port de la minerve n'est le plus souvent pas nécessaire.

La reprise du travail se fait généralement entre 1 et 3 mois selon la profession du patient.

Quels sont les risques ?

Les complications sont rares.

- **La lésion d'un organe profond** (trachée, œsophage, artère carotide ou veine jugulaire).
- **Les complications neurologiques** (insensibilité, faiblesse ou paralysie).
- **Le nerf laryngé supérieur** (nerf des cordes vocales) peut être étiré (< 1% des cas), ce qui entraîne une voix éraillée, bitonale, voire des troubles de déglutition, habituellement réversibles en quelques jours ou semaines, mais pouvant être (très exceptionnellement) définitifs.
- **L'hématome compressif** du cou peut entraîner une gêne importante à la déglutition et parfois à la respiration, nécessitant une nouvelle chirurgie en urgence.
- La lésion d'un filet nerveux peut entraîner le **syndrome de Claude Bernard Horner** : chute de la paupière, œil plus petit, et pupille plus fermée que l'autre (risque exceptionnel).
- Les risques propres à **l'anesthésie générale**, au positionnement sur la table d'opération, la phlébite ou l'embolie pulmonaire sont exceptionnels.