

Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique(SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Confédération interassociative
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 302 Schiltigheim
tél.: 03 89 41 39 94

Traitement chirurgical d'un rétrécissement du canal cervical



Persomed

**Fonds documentaire
d'information patient**



**Chirurgie
du rachis**

2006

www.persomed.com

Rédaction : D. Gosset et P. Simler

Illustration : J. Dasic

*Code de la Santé Publique
Article L1111-2*

*Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.*

*Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.*

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.

Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

Quelle partie du corps?

Utilité de cette partie du corps ?

La **colonne vertébrale** (ou **rachis**) forme une tige flexible et continue qui part du crâne et va jusqu'en bas du dos, au niveau du bassin. Son rôle est de supporter le poids du corps, elle doit donc être bien stable. Mais elle doit aussi pouvoir bouger, pour s'adapter à nos mouvements.

Elle est composée de plusieurs morceaux (**vertèbres**) empilés les uns sur les autres, ce qui donne au dos sa souplesse.

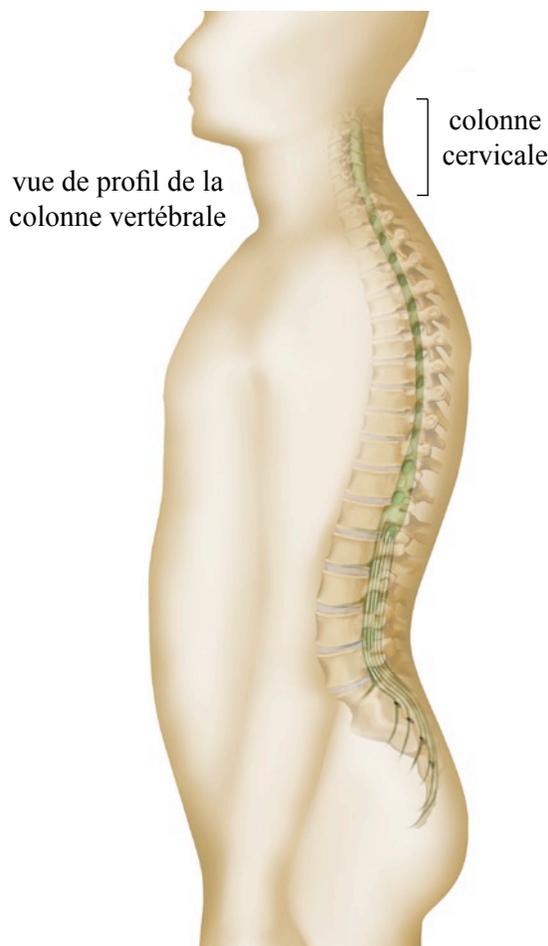
Entre chaque vertèbre se trouve une sorte de coussin amortisseur (le **disque intervertébral**). Il permet aux vertèbres de bouger les uns par rapport aux autres lorsque l'on se penche ou que l'on se tourne. Sans ce système nous serions raides comme des piquets.

La colonne vertébrale a un autre rôle très important. Elle protège un ensemble de fibres nerveuses qui transmet à différentes parties de notre corps les ordres de mouvement envoyés par le cerveau. Une partie de ces fibres forme ce que l'on appelle la **moelle épinière**.

Dans la moelle épinière, l'information fait aussi le trajet inverse. Par exemple la sensation que nous avons quand nous touchons un objet est transmise depuis notre peau jusqu'à notre cerveau par les fibres nerveuses situées à l'intérieur de la colonne vertébrale.

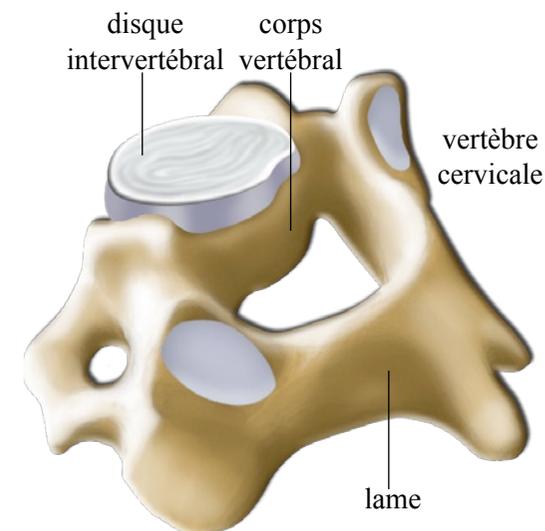
De quoi est-elle constituée ?

La colonne vertébrale est constituée de 24 os (**vertèbres**) empilés les uns au dessus des autres. Elle part du crâne et se termine en bas par un os en forme de triangle (le **sacrum**), dont la pointe se finit par un autre petit os (le **coccyx**).



En partant du crâne, les sept premières vertèbres sont les **vertèbres cervicales**, les douze suivantes sont les **vertèbres dorsales** puis viennent les cinq **vertèbres lombaires**. C'est la partie haute de la colonne vertébrale (**colonne cervicale**), celle qui passe dans le cou, qui nous intéresse ici.

On distingue différentes parties sur une vertèbre. La partie avant forme un rond épais, (**corps vertébral**). La partie arrière est appelée **lame**. Sur la lame, il y a une sorte de crête (**épine dorsale**). Chaque crête correspond à une des petites bosses que nous sentons en passant la main dans notre dos le long de notre colonne vertébrale.

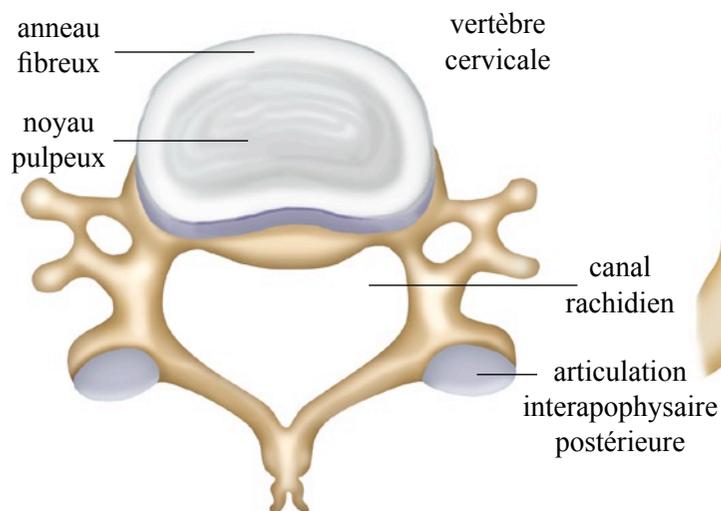


De quoi est-elle constituée ? (suite)

Les vertèbres sont solidement jointes entre elles. Chacune est emboîtée dans celle du dessous et celle du dessus au niveau de trois points de contact mobiles (**articulations**).

Sur la partie arrière des vertèbres, ces articulations prennent la forme de deux petits renflements, qui jouent un peu le même rôle que les petites roues stabilisatrices sur les vélos d'enfants. Elles joignent deux vertèbres voisines et empêchent la colonne vertébrale de faire certains mouvements. On les appelle les **articulations interapophysaires postérieures**. Il y en a une de chaque côté.

La troisième articulation, la plus grosse, relie la partie avant des vertèbres (**corps vertébral**). C'est une sorte de coussin circulaire (le **disque intervertébral**) qui sert d'amortisseur.



Le bord du disque est constitué de fibres (**anneau fibreux**) alors que le centre a une consistance molle et gélatineuse (**noyau pulpeux**).

Les disques ont un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur. Leur taille varie selon l'étage de la colonne vertébrale.

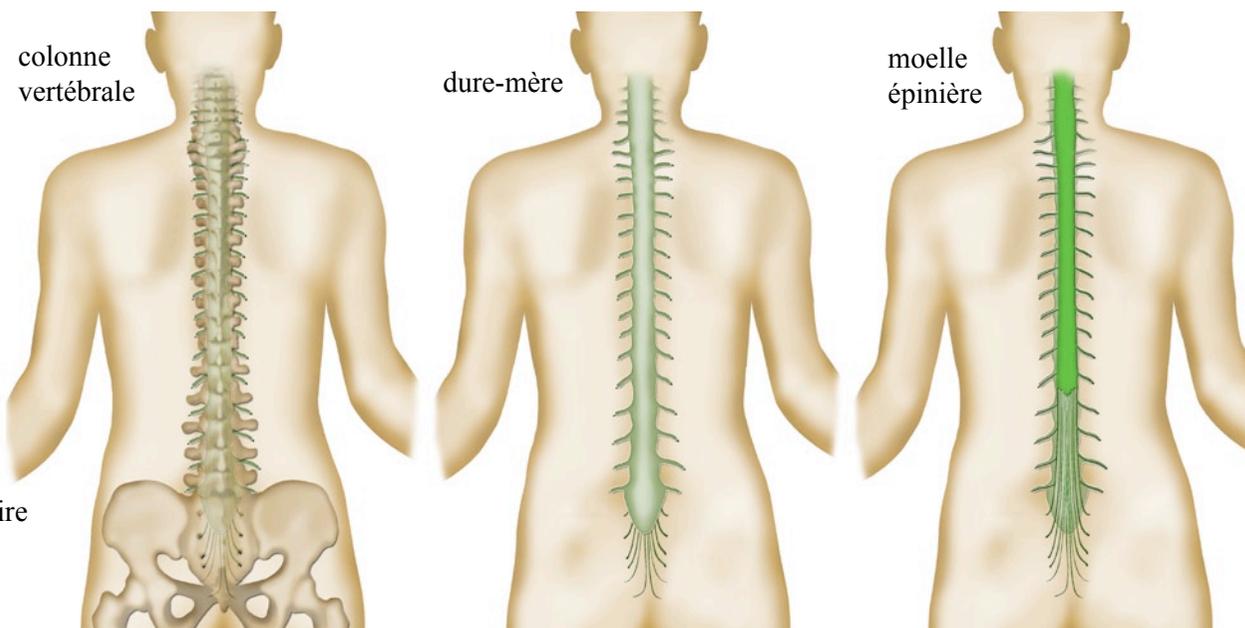
Plus les disques sont épais plus ils autorisent des mouvements importants. Les disques présents dans le bas du dos sont plus épais que ceux du haut.

Les vertèbres sont aussi maintenues par des sortes de rubans souples et résistants: les **ligaments**, et par des muscles.

Chaque vertèbre est trouée à l'arrière dans le sens de la hauteur, entre la lame et le corps vertébral. La succession de ces trous forme un canal (le **canal rachidien**) par lequel passent des nerfs, dont l'ensemble de fibres nerveuses appelé **moelle épinière**.

Entre la moelle épinière et l'os, il y a une enveloppe protectrice (la **dure-mère**) remplie de liquide (le **liquide céphalo-rachidien**).

Entre chaque vertèbre, un petit espace permet le passage des nerfs qui vont vers les muscles et les différents organes de notre corps. La portion du nerf qui prend naissance à cet endroit est appelée **racine nerveuse**.



Pourquoi faut-il traiter?

Quel est le problème?

Le canal formé par les trous dans les vertèbres (**canal rachidien**) est trop étroit au niveau des vertèbres cervicales. Ce rétrécissement s'appelle en langage médical une **sténose du canal cervical**. Il peut être dû à plusieurs facteurs.

Il est possible que vous ayez, depuis la naissance, un canal cervical relativement étroit (on parle alors de **sténose canalaire congénitale**). A ce moment là, c'est tout le canal rachidien qui est étroit, y compris aux niveaux inférieurs (dorsal et lombaire). Certaines personnes ont un canal cervical étroit à cause d'un problème de croissance de l'os.

Avoir un canal cervical étroit n'entraîne pas forcément de gêne. Avec l'âge cependant, d'autres problèmes peuvent s'y ajouter et augmenter le rétrécissement.

L'**arthrose** est une maladie liée au vieillissement qui endommage les os des articulations et les fait épaissir anormalement à certains endroits.

Elle entraîne la formation de sortes de petits « becs de perroquets » en os (**ostéophytes**) au niveau des articulations entre les vertèbres.

L'arthrose peut être aggravée par un choc, mais c'est un phénomène presque constant du vieillissement. Après 50 ans la moitié de la population présente des signes d'arthrose. On la détecte en faisant certains examens (**radiographie**). Si elle est associée à un canal cervical étroit de naissance, le rétrécissement du canal est aggravé.

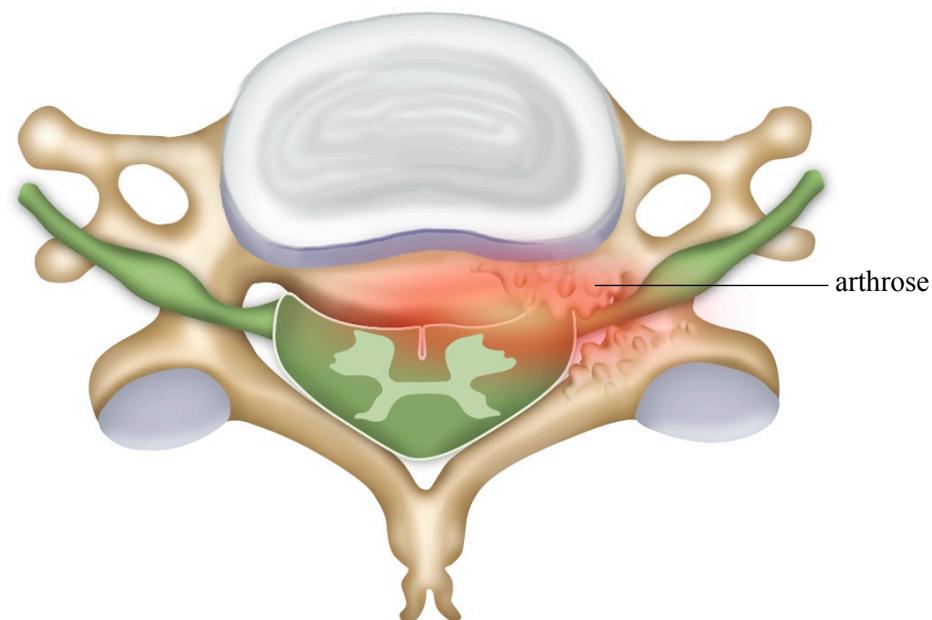
Mais parfois, l'arthrose déforme tellement l'os qu'elle suffit à elle seule à rétrécir le canal.

Les disques entre les vertèbres s'abîment également avec l'âge. Ils ont tendance à se bomber et à déborder dans le canal.

Chacun de ces facteurs conduit à un rétrécissement du canal cervical. Les nerfs qui sortent de la colonne vertébrale (les **racines nerveuses**), la moelle épinière et l'enveloppe qui la protège (**dure-mère**), peuvent alors être plus ou moins comprimés.

Les vaisseaux sanguins qui alimentent la moelle épinière peuvent aussi être comprimés et ne plus lui fournir de sang. La moelle peut alors s'abîmer de façon définitive.

L'évolution de la maladie est en règle générale lente, sur plusieurs années, mais il arrive qu'elle soit rapide ou aggravée par un choc.



Quelles sont les conséquences de ce problème ?

Lorsque les nerfs sont comprimés, ils ont une réaction d'irritation (**inflammation**) qui se traduit souvent par des douleurs.

Si c'est la moelle épinière qui est comprimée, cela entraîne des difficultés pour marcher, des fourmillements ou encore un engourdissement des bras.

Vous pouvez vous sentir maladroit, avoir l'impression d'avoir les mains faibles, et éprouver des difficultés pour faire certains gestes comme par exemple boutonner votre veste.

Parfois, les patients ont des difficultés à bouger ou à sentir leurs bras et/ou leurs jambes, un peu comme s'ils étaient anesthésiés.

Le cou peut paraître raide et douloureux quand on le bouge.

Les signes de la maladie, comme son évolution peuvent apparaître rapidement ou au contraire sur plusieurs années. Certaines personnes se retrouvent en quelques semaines avec des difficultés pour bouger les bras et/ou les jambes.

Quels examens faut-il passer ?

La **radiographie standard** utilise des rayons (les **rayons X**) pour voir les os à l'intérieur du corps. Souvent, on fait passer des radiographies de face, de profil et de trois quarts, avec le cou en position normale mais aussi en vous demandant de l'étirer et de le plier.

Grâce à ces radiographies, votre médecin évalue l'étroitesse du canal et la hauteur des disques intervertébraux.

Il voit aussi si l'os est endommagé (**arthrose**) au niveau des vertèbres. Il détecte d'éventuels « becs de perroquets » en os (**ostéophytes**) formés par l'arthrose, ou d'autres anomalies au niveau des vertèbres.

Le scanner utilise également des rayons X pour visualiser l'intérieur du corps. Grâce au scanner, on peut mesurer précisément la taille du canal cervical, et voir ce qui le rétrécit (**sténose**) : arthrose sur la partie arrière de la vertèbre, formation d'ostéophytes, bombement du disque entre les vertèbres...

Un autre procédé appelé **Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)** permet de voir si la moelle épinière souffre de compression. L'IRM montre à quel point le canal cervical est rétréci, le nombre d'étages de la colonne vertébrale concernés par ce rétrécissement et si la moelle a déjà souffert.

Quels examens faut-il passer ? (suite)

On propose parfois des examens appelés **myélographie** et **myéloscanner**. Il s'agit d'injecter dans le liquide qui circule autour de la moelle épinière (**liquide céphalo-rachidien**), un produit (**produit de contraste**) qui le colore et le rend visible au scanner.

On visualise ainsi sur un écran l'enveloppe qui contient ce liquide (la **dure-mère**), autour de la moelle épinière. On prend des sortes de photographies de l'intérieur de la colonne vertébrale, pour lesquelles on vous demande de plier et d'étirer le cou.

Ces examens rendent compte des effets de la détérioration des os (**arthrose**) et des disques sur la moelle épinière et sur les nerfs qui en sortent.

Il arrive que l'on propose un **électromyogramme**. Cet examen permet d'enregistrer l'activité des muscles et de déterminer quel(s) nerf(s) ne fonctionne(nt) pas.

Tous ces examens ne sont pas pratiqués systématiquement et parfois, votre médecin vous en propose d'autres. Si c'est votre cas, n'hésitez pas à l'interroger afin qu'il vous explique leur déroulement.

Les différents traitements

Les traitements médicaux...

Le premier des traitements est le repos ! La colonne vertébrale ne doit pas trop travailler et les muscles qui la maintiennent doivent se détendre. Evitez les activités physiques brutales ou qui nécessitent un gros effort. Dans certains cas, vous portez un dispositif pour immobiliser votre cou, appelé **minerve**. Il ressemble à une grosse collerette rigide.

On donne habituellement des médicaments contre la douleur (**antalgiques**) et des médicaments qui diminuent l'irritation du nerf (**anti-inflammatoires**).

Les muscles du cou s'affaiblissent souvent dans ce genre de situation car ils ne bougent plus beaucoup, soit parce qu'ils sont immobilisés par une minerve, soit parce que vous bougez moins votre cou pour ne pas avoir mal. Des séances de rééducation auprès d'un spécialiste (**kinésithérapeute**) permettent de renforcer ces muscles.

Certains médecins proposent des **tractions**. On vous étire, doucement, dans l'axe de la colonne vertébrale. Cela réduit un peu la compression des nerfs et élimine en partie la douleur. Plus rarement, on vous propose des méthodes à base de massages, parfois en piscine (**physiothérapie, hydrothérapie**).

... et leurs limites

C'est surtout l'immobilisation du cou qui fait l'efficacité des traitements médicaux. Durant les deux ou trois premières semaines de traitement, les médicaments agissent en réduisant l'irritation des nerfs comprimés, mais ce n'est qu'une solution temporaire.

Ils permettent certaines améliorations mais ils ne peuvent pas élargir le canal cervical, ni réparer les éléments responsables de la compression des nerfs (bombement du disque entre les vertèbres ou **ostéophytes** formés par l'arthrose).

Quand faut-il opérer ?

Habituellement, le traitement médical dure environ deux mois. Si le résultat n'est pas satisfaisant, votre médecin peut vous proposer une intervention chirurgicale pour élargir le canal cervical.

Si vous avez des difficultés pour bouger ou pour sentir vos bras ou vos jambes (**paralysie**), c'est sans doute que votre moelle épinière, vos nerfs ou des vaisseaux sanguins qui leur fournissent du sang souffrent en raison de la compression. Pour éviter qu'ils ne s'abîment définitivement, il vaut alors mieux opérer pour élargir le canal cervical et décompresser ces nerfs, avant qu'il ne soit trop tard.

Les traitements chirurgicaux...

En fonction de votre cas, le chirurgien choisit la technique la mieux adaptée pour élargir le canal cervical et éliminer la compression qui s'exerce sur les nerfs ou la moelle épinière.

... et leurs limites

Si les nerfs ou la moelle épinière sont comprimés ou ont manqué de sang pendant trop longtemps, ils peuvent rester définitivement abîmés malgré l'opération.

Cependant, la chirurgie n'est jamais inutile car élargir le canal cervical empêche que la situation ne s'aggrave.

Les risques si on ne traite pas

Votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui. La douleur et la sensation de fatigue dans les bras et les jambes persistent ou s'aggravent.

Si on attend trop, la situation peut devenir grave. Vos difficultés pour marcher et vos problèmes de sensibilité peuvent persister, mais il peuvent également, dans des cas plus rares, conduire à une paralysie des quatre membres.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Le principe de l'intervention chirurgicale qui vous est proposée est d'élargir le canal cervical qui est trop étroit.

Commentaires

Votre chirurgien enlève les éléments qui rétrécissent le canal cervical et compriment la moelle épinière ou les nerfs à l'endroit où ils sortent de la colonne vertébrale (**racines nerveuses**). Cela peut être une partie d'un disque entre les vertèbres ou un morceau d'os épaissi ou endommagé par l'arthrose.

Votre médecin choisit la méthode la mieux adaptée à votre cas. Il peut ouvrir le devant de votre cou (**voie antérieure**) pour enlever les parties d'un disque abîmé et éliminer la compression. Cette technique est souvent utilisée si seuls un ou deux disques sont concernés.

Si c'est plutôt au niveau de l'arrière de la colonne vertébrale que l'arthrose encombre le canal cervical, ou s'il faut intervenir sur trois étages ou plus, votre chirurgien peut vous ouvrir par l'arrière du cou (**voie postérieure**) et enlever la partie arrière (**lame**) de certaines vertèbres pour élargir le canal. Il arrive aussi que l'on ouvre des deux côtés, mais c'est alors généralement au cours de deux opérations différentes.

L'anesthésie

Sauf dans le cas d'une opération en urgence, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** avant l'opération.

Il vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Au cours de l'intervention, vous dormez complètement (**anesthésie générale**).

L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc opératoire** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes allongé soit sur le dos, soit sur le ventre en fonction de la technique choisie pour opérer.

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de son savoir-faire et de votre cas.

Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

L'ouverture

Plusieurs ouvertures sont possibles. Ce sont les examens réalisés avant l'opération qui permettent de choisir l'une ou l'autre de ces techniques.

Si votre chirurgien passe par l'avant du cou, il ouvre légèrement sur le côté. Pour accéder à votre colonne cervicale, il passe entre les muscles, les vaisseaux sanguins, les nerfs, et les conduits où sont transportés l'air et la nourriture (trachée, pharynx, œsophage...).

Le plus souvent, il est préférable d'ouvrir par l'arrière de la colonne vertébrale. Le chirurgien coupe alors la peau à l'arrière du cou (la **nuque**), le long de la colonne vertébrale.

La taille de la cicatrice dépend du nombre d'étages de la colonne vertébrale concernés par le rétrécissement.

Certains chirurgiens utilisent un **microscope** pour agrandir ce qu'ils voient pendant l'opération.

Faut-il une transfusion?

Non, c'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu. Il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfuser**), sauf cas exceptionnel.

Le geste principal

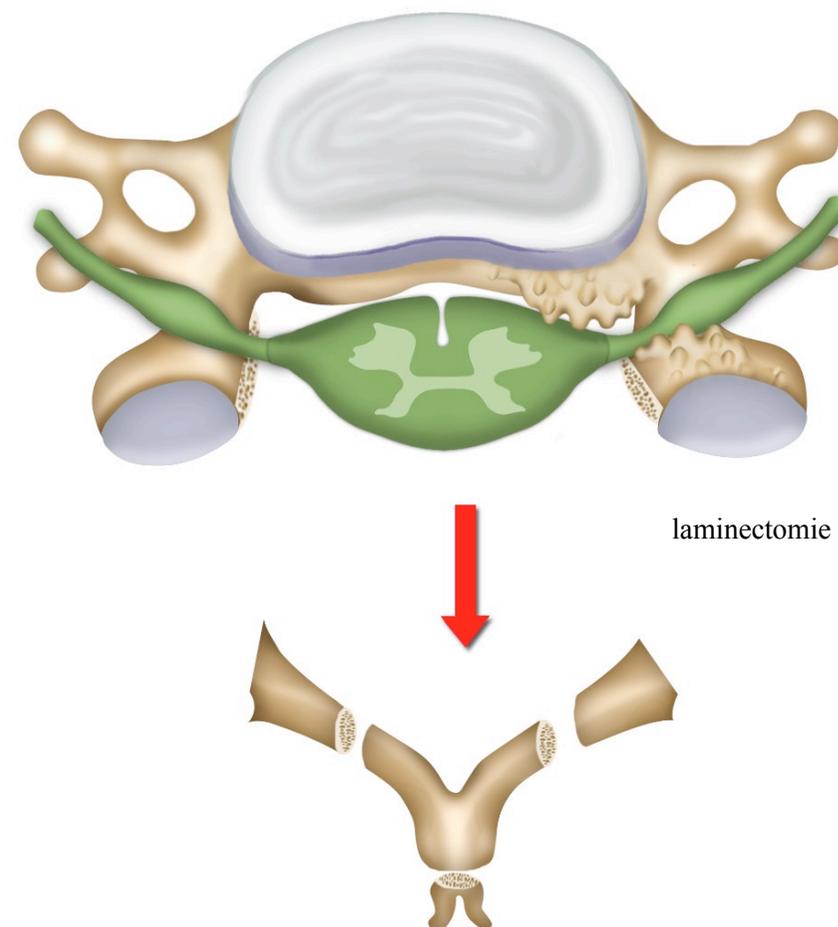
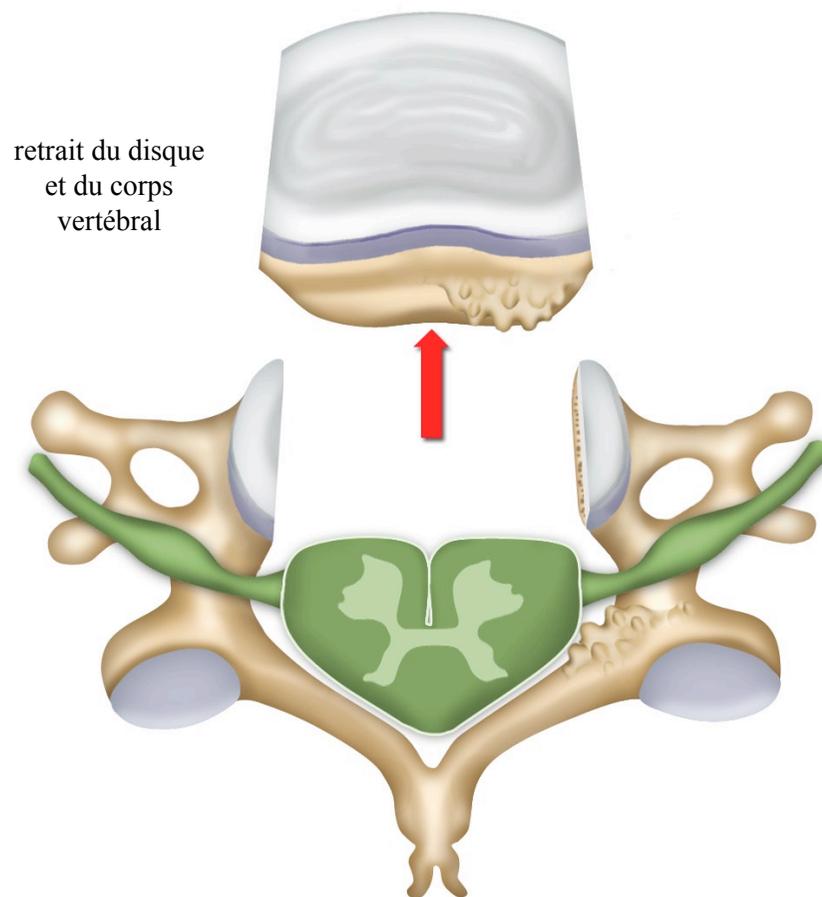
Le canal peut être rétréci sur un nombre variable d'étages de la colonne cervicale. Votre médecin doit travailler à chacun de ces étages.

La technique varie selon les cas. S'il passe par l'avant du cou, le chirurgien enlève une partie d'un disque vertébral ou parfois plusieurs disques en entier s'ils sont abîmés.

Dans certains cas, cela s'accompagne du retrait d'un ou plusieurs corps vertébraux.

S'il passe par la nuque, il enlève la partie arrière de certaines vertèbres (**lame**). L'élément comprimé (la moelle épinière ou la racine nerveuse) a alors plus de place et n'est plus coincé. On parle de **laminectomie**.

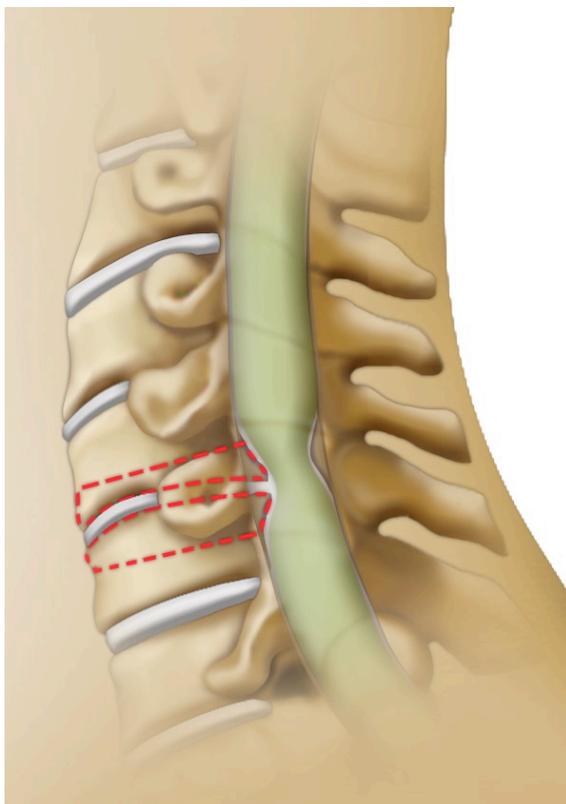
Si vous avez de l'arthrose, le chirurgien gratte les morceaux d'os qui se sont formés (**ostéophytes**) et qui encombrent le canal cervical.



Les gestes associés

Si votre médecin passe par l'avant du cou et enlève complètement un disque, il doit le remplacer. Certains médecins utilisent un matériel artificiel (en titane, en plastique...).

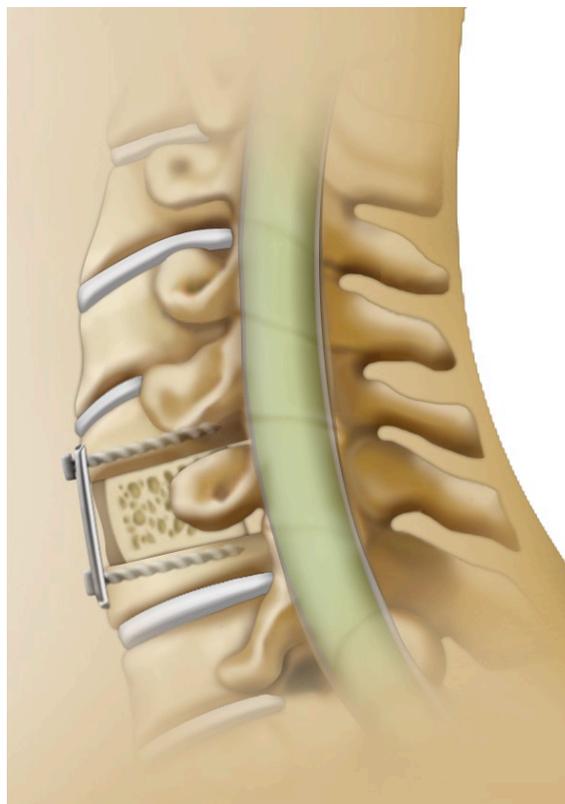
D'autres prélèvent des morceaux d'os ailleurs dans votre corps pour les placer entre les vertèbres, à la place du disque enlevé. Ce geste s'appelle une **arthrodèse**.



retrait du disque et d'une partie des corps vertébraux

Souvent, on prend de l'os au niveau de la **crête iliaque** c'est à dire juste au dessus de la hanche. Le médecin le place entre les vertèbres. Au fil du temps, cet os soude les vertèbres du dessus et du dessous et les stabilise.

Dans certains cas, le médecin fixe l'ensemble avec du matériel métallique (vis...). On parle alors d'**ostéosynthèse**.



arthrodèse et ostéosynthèse

La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, votre chirurgien met en place un système (**drainage**), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention.

Pour refermer, votre médecin utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**).

L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...

La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...).

Habituellement, elle dure entre une et deux heures. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

Dans les jours qui suivent...

Douleur

Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Habituellement, elle est assez importante mais des traitements adaptés permettent de la contrôler. Vous avez moins mal au bout de deux à trois jours en général.

Si on a pris de l'os ailleurs dans votre corps pour le placer entre vos vertèbres, il est possible que l'endroit où on l'a prélevé soit un peu douloureux. C'est généralement l'**os iliaque**, que vous pouvez sentir en palpant en bas et sur le côté de votre ventre.

Si malgré tout vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Fonction

Tout dépend du problème que vous avez au départ. Si avant l'opération la moelle épinière n'est pas gravement atteinte, la situation s'améliore grandement, même si cela prend parfois un peu de temps.

Si on vous a opéré en passant par l'avant du cou, il est possible que vous ayez des difficultés à avaler après l'opération, et que votre voix devienne un peu rauque. Cela disparaît dans les trois ou quatre jours qui suivent. C'est lié à la proximité de la zone opérée avec les conduits dans lesquels circulent l'air et la nourriture.

Autonomie

Si vous ne ressentez pas de faiblesse dans les bras et/ou dans les jambes, on vous autorise à vous lever le soir ou le lendemain de l'opération.

Une fois que le tuyau pour évacuer les liquides de la zone opérée (**drain**) est enlevé, vous pouvez bouger plus librement.

Principaux soins

Si votre médecin pense qu'il y a un risque que des bouchons de sang (**caillots**) se forment dans certaines de vos veines (**phlébite**), vous prenez un traitement qui rend le sang plus fluide. Le simple fait de marcher fait circuler le sang et peut éviter la phlébite.

On retire habituellement le tuyau qui aspire les liquides hors de la zone opérée (**drain**) au bout de quelques jours. Environ une semaine après l'opération, on enlève les agrafes ou les fils qui ont servi à refermer la zone opérée.

Si vous avez des problèmes pour bouger, il est important de commencer rapidement des séances de **rééducation** auprès d'un spécialiste (**kinésithérapeute**). Dans le cas contraire, la rééducation n'est pas systématique mais elle peut être utile si vous avez encore mal au cou après l'opération.

Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous environ une semaine après l'intervention. Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné mais surtout de votre cas et de votre état de santé.

Les personnes qui vivent seules et n'ont personne pour s'occuper d'elles à leur sortie de l'hôpital (pour faire les courses, etc.) peuvent éventuellement aller dans un centre de convalescence pendant deux à trois semaines avant de rentrer chez elles.

Suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important.

Le plus souvent vous avez un rendez-vous dans les deux mois qui suivent l'opération. S'il y a encore des problèmes de sensibilité ou pour bouger certains muscles, c'est le signe que des nerfs souffrent encore. Votre médecin peut alors vous proposer une autre consultation au bout de six mois pour voir comment vous récupérez.

Le résultat

Douleur

Le plus souvent les douleurs au niveau du cou, des bras ou des jambes disparaissent.

Il arrive que les nerfs fassent encore un peu mal même après avoir été libérés. S'ils ont souffert trop longtemps, ils gardent l'empreinte de ce qui les a comprimés. Cela s'améliore en général avec le temps.

Principaux soins

Certains patients continuent à prendre un traitement médical après l'opération. Suivez attentivement les recommandations de votre médecin.

Votre médecin peut juger utile de vous faire porter une collerette rigide (**minerve**) pour certaines activités.

Les muscles servent à maintenir la colonne vertébrale et l'aident à supporter le poids du corps.

C'est pourquoi une bonne forme physique, une bonne musculature et un poids qui n'est pas excessif sont des facteurs qui aident à la réussite de l'intervention.

Autonomie

Vous pouvez aller et venir chez vous mais il faut vous reposer et ne pas faire d'efforts. Chargez quelqu'un d'autre de faire vos courses, profitez-en pour vous reposer ! On conseille généralement de mener une vie calme pendant six à huit semaines. Pendant ce temps, reprenez progressivement vos activités, et en particulier la marche.

La durée de l'arrêt de travail dépend de votre métier. Il dure habituellement deux ou trois mois, voire plus si votre profession demande beaucoup d'efforts physiques.

La conduite en voiture est habituellement autorisée au bout de quatre semaines, sous certaines conditions à définir avec votre médecin et votre assurance automobile, et pour de courts trajets seulement.

Le plus souvent, vous pouvez recommencer à faire du sport au bout de quelques mois mais cela est très variable et dépend de votre forme et de vos muscles. Il faut éviter les excès et les sports qui risquent de provoquer des chocs. Suivez les conseils de votre médecin.

N'hésitez pas à interroger votre médecin si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

Fonction

Les problèmes de sensibilité et pour bouger les muscles disparaissent dans une partie des cas. Cette amélioration est lente. N'ayez pas d'inquiétude si elle s'étale sur trois à six mois.

Chez certains patients, des signes de compression des nerfs peuvent réapparaître dans les années qui suivent l'opération.

En fait, tout dépend de l'état de votre moelle épinière avant l'opération. Si la moelle épinière a beaucoup souffert, par exemple si elle a manqué de sang pendant longtemps en raison de la compression d'un vaisseau sanguin, et qu'elle s'est définitivement abîmée à certains endroits, l'opération n'améliore pas toujours la situation.

L'intervention n'est cependant pas inutile : élargir le canal permet aussi de stopper l'aggravation de la maladie.

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention. Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ». Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter. En fonction de votre état de santé vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

Pendant l'intervention

Dans la mesure où on travaille juste à côté, il existe un risque de couper accidentellement la poche remplie de liquide qui se trouve entre la moelle épinière et l'os (la **dure-mère**) et de provoquer une fuite.

Si cela arrive, ce qui est rare, il suffit de la recoudre et de la coller avec une colle spéciale (**colle biologique**).

Il est exceptionnel que des nerfs, ou la moelle épinière elle-même, soient endommagés pendant l'opération. On ne peut alors pas faire grand chose. Les conséquences varient selon les nerfs concernés et le degré auquel ils sont atteints.

Les organes situés à côté de la zone opérée peuvent aussi être atteints, mais cela est rarissime !

Si on vous ouvre par l'avant du cou, ces organes peuvent être le conduit par lequel l'air passe quand nous respirons (**trachée**), celui par lequel passent les aliments (**oesophage**), ainsi que le nerf (**nerf récurrent**) qui nous sert quand nous parlons pour faire bouger nos cordes vocales. Le chirurgien fait alors de son mieux pour remédier au problème.

Après l'intervention

Il est possible que la zone opérée saigne et qu'il se forme une poche de sang (**hématome**). Il faut opérer à nouveau pour éviter que cette poche ne comprime la moelle épinière, entraînant une paralysie des membres (**tétraplégie**). Heureusement, cela est très rare.

Il est rare que la zone opérée soit envahie par des microbes (**infection**). Des médicaments (les **antibiotiques**) suffisent généralement à les éliminer. Des analyses permettent d'identifier le microbe et ainsi d'adapter le traitement pour une efficacité maximale. On propose souvent de porter en plus un dispositif (**minerve**) pour maintenir le cou pendant quelques semaines. Non seulement cela fait moins mal, mais cela permet d'éviter que la vertèbre, fragilisée par l'infection, ne s'effondre à certains endroits.

Des petits bouts de sang solidifié (**caillots**) peuvent se former et se coincer dans les veines des jambes (**phlébite**). Si ces caillots partent dans la circulation sanguine, ils peuvent boucher certains vaisseaux sanguins des poumons (**embolie**). C'est pour cela qu'on donne parfois un traitement qui fluidifie le sang.

Les vertèbres peuvent mal se souder avec l'os ou le matériau artificiel mis à la place du disque. Les fumeurs sont d'ailleurs plus exposés à ce type de problème.