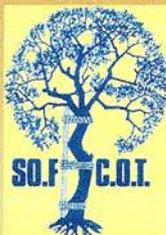


Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

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 St Charles BP 67
67 025 Neudamm
tél - (03 33) 99 47 19 94
fax - (03 33) 99 39 03 94



Traitement chirurgical par voie antérieure de la hernie discale cervicale



Persomed

**Fonds documentaire
d'information patient**



Tous droits réservés
ISBN 2-35305-008-5

**Chirurgie
du rachis**

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.

Le fait qu'elle soit composée de plusieurs morceaux (**vertèbres**) empilés les uns sur les autres donne au dos sa souplesse.

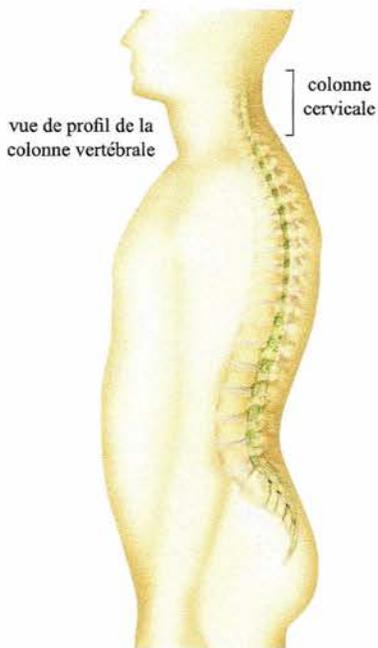
Entre deux vertèbres se trouve une sorte de coussin amortisseur (le **disque intervertébral**). Il permet aux vertèbres de bouger les uns par rapport aux autres lorsque l'on se penche ou que l'on se tourne. Sans ce système, nous serions raides comme des piquets.

La colonne vertébrale a un autre rôle très important. Elle protège un ensemble de fibres nerveuses (la **moelle épinière**) qui transmet à différentes parties de notre corps les ordres de mouvement envoyés par le cerveau.

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 ?

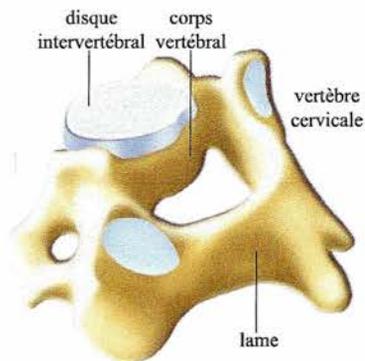
La colonne vertébrale est constituée de 24 os (**vertèbres**) empilés les uns au dessus des autres. Elle part du crâne et se termine en bas par un os en forme de triangle (le **sacrum**), dont la pointe se finit par un petit os (le **coecyx**).



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. Chaque crête correspond à une des petites bosses que nous sentons en passant la main dans notre dos le long de notre colonne vertébrale.

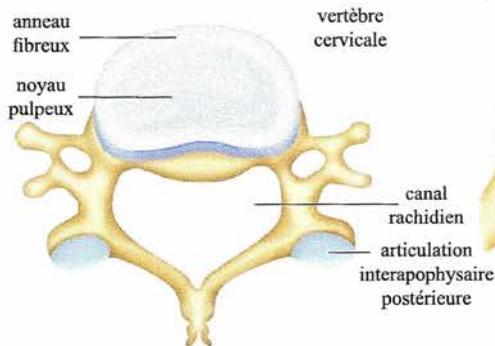


De quoi est-elle constituée ? (suite)

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**).

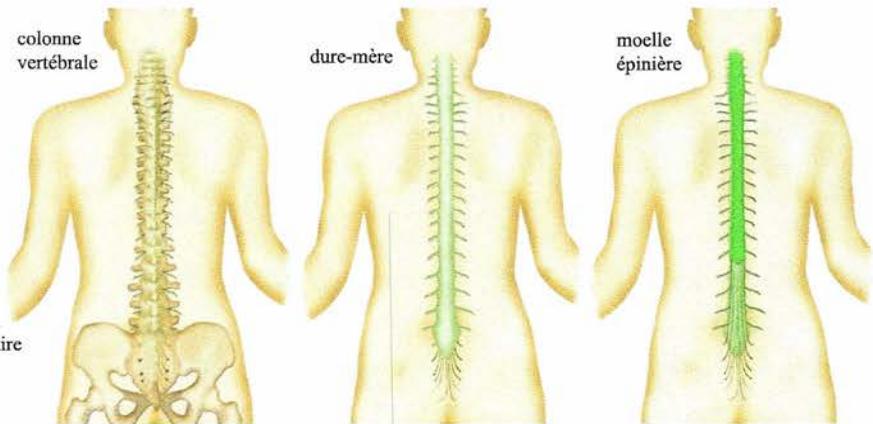
Les disques ont un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur. Leur taille varie selon l'étage de la colonne vertébrale. Plus les disques sont épais plus ils autorisent des mouvements importants. Les disques présents dans le bas du dos sont plus épais que ceux du haut.

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 passe un ensemble de fibres nerveuses (**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 deux vertèbres, 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 ?

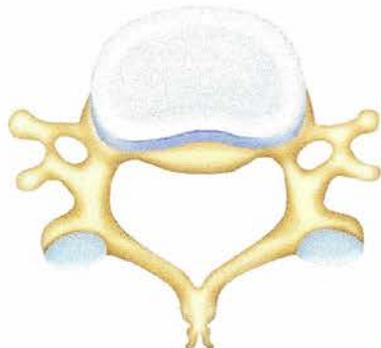
Quel est le problème ?

Avec les années, le disque entre les vertèbres devient moins souple, il se dessèche et se fissure. Des efforts physiques répétés, au travail ou pendant une activité sportive, peuvent accélérer son vieillissement.

Le disque intervertébral finit par s'écraser. Il ne joue plus correctement son rôle d'amortisseur.

Lorsque le bord du disque est abîmé, la partie molle qui est au centre (**noyau pulpeux**) s'engouffre parfois dans la brèche et dépasse un peu. C'est ce que l'on appelle une **hernie discale**.

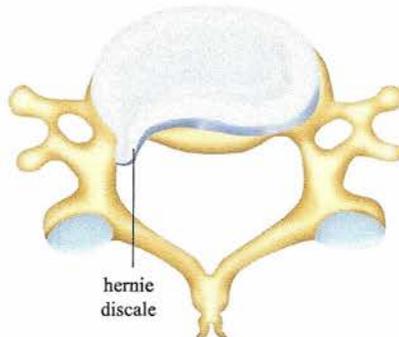
Habituellement, un seul disque de la colonne vertébrale est touché, mais pas toujours.



Quelles sont ses conséquences ?

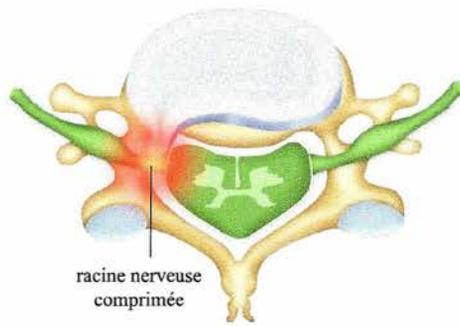
La hernie discale peut coincer un nerf à l'endroit où il sort de la colonne vertébrale (**racine nerveuse**). Lorsqu'un nerf est comprimé, il a une réaction d'irritation (**inflammation**) qui se traduit souvent par des douleurs. Vous avez alors très mal dans le cou et/ou dans le bras. Selon les cas, la douleur survient progressivement, ou au contraire brutalement, suite à un choc ou à un effort.

Quelquefois, le nerf ne transmet plus correctement les informations, dans un sens et/ou dans l'autre. Vous n'arrivez alors plus bien à bouger certaines zones de votre corps (**paralysie**), ou vous ne les sentez plus très bien, un peu comme si vous étiez anesthésié. Il arrive que ces signes passent inaperçus, c'est pourquoi l'avis du médecin est important.



Quand la partie du disque qui débordé dépasse plutôt de côté (**hernie postéro-latérale**) et comprime une racine nerveuse, cela provoque des douleurs souvent très intenses dans le cou qui se propagent dans une partie du bras. La localisation de la douleur varie selon le disque touché. Certaines personnes ont des fourmis dans le bras, mal dans le haut du dos (entre les deux omoplates), ou au niveau de la poitrine.

Il est plus rare qu'il s'agisse d'une grosse hernie discale qui dépasse plutôt au milieu et que l'ensemble de fibres nerveuses qui passe au centre de la colonne vertébrale (**moelle épinière**) soit comprimé. Cela donne une impression de fatigue dans les bras et/ou les jambes et des difficultés pour les bouger.



Quels examens faut-il passer ?

Votre médecin vous examine et vous demande de décrire la douleur. En fonction de l'endroit où vous avez mal il peut se faire une idée précise du problème. Il vérifie qu'il n'y a pas quelque part une petite paralysie dont vous ne vous seriez pas rendu compte.

Il peut juger utile de vous faire passer des examens si la douleur dure depuis longtemps, si c'est un problème que vous avez déjà eu et qui recommence (**récidive**), ou s'il y a des signes d'atteinte des nerfs un peu inquiétants (un début de paralysie par exemple).

La **radiographie standard** utilise des rayons (les **rayons X**) pour visualiser les os à l'intérieur du corps.

Elle ne permet pas de voir les disques, mais en mesurant l'espace entre les vertèbres, le médecin peut deviner si un disque est écrasé.

Il peut également voir si l'os est endommagé. En effet, si les vertèbres sont usées par le vieillissement (**arthrose**), cela peut aggraver les problèmes liés à une hernie discale.

Le **scanner** utilise également des rayons X pour visualiser l'intérieur du corps. Il permet de voir le disque entre les vertèbres. Il donne donc généralement une idée de l'emplacement de la hernie et de son importance.

Souvent, on injecte dans le sang un produit visible au scanner (de l'**iode**) avant l'examen.

Le scanner permet habituellement de savoir si le disque est susceptible de coincer une racine nerveuse à l'endroit où celle-ci sort de la colonne vertébrale.

Il arrive que le scanner ne donne pas une image satisfaisante. On utilise alors un autre procédé appelé **Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**, qui permet de visualiser la moelle épinière.

Enfin, l'**électromyogramme** enregistre l'activité des muscles et permet 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...

On donne habituellement des médicaments contre la douleur (**antalgiques**), des médicaments qui diminuent l'irritation du nerf (**anti-inflammatoires**) et d'autres qui détendent les muscles (**myorelaxants**).

Dans les périodes très douloureuses, le produit pour réduire l'irritation du nerf (**corticoïde**) peut être appliqué directement dans le canal rachidien grâce à une seringue.

Cette technique qui permet au traitement d'agir de manière plus efficace s'appelle une **infiltration**.

Quand les mouvements du cou risquent d'aggraver la situation, il faut l'immobiliser. Vous portez alors un dispositif appelé **minerve** qui ressemble à une grosse collerette rigide.

Le médecin propose parfois des **tractions**. On vous étire doucement dans l'axe de la colonne vertébrale. Cela réduit la pression sur les disques entre les vertèbres, diminue la taille de la hernie et élimine en partie la douleur.

Plus rarement, on fait des séances de rééducation auprès d'un spécialiste (**kinésithérapeute**) pour maintenir la colonne vertébrale droite et renforcer les muscles qui la soutiennent.

... et leurs limites

Le traitement médical dure généralement cinq à six semaines. Dans la grande majorité des cas, il permet de résoudre le problème, mais il arrive que les traitements médicaux ne parviennent pas à soulager la douleur. Les médicaments ne décoincant pas la racine nerveuse, mais ils permettent d'attendre sans trop souffrir que la situation s'améliore et que la hernie se dessèche naturellement au cours du temps.

Lorsqu'il y a trop de problèmes de fonctionnement des nerfs (problèmes de sensibilité ou pour bouger certains muscles), les médicaments ne peuvent rien.

Quand faut-il opérer ?

Si les traitements médicaux n'ont pas un résultat satisfaisant, votre médecin peut vous proposer une intervention chirurgicale.

Il faut opérer rapidement quand les douleurs dans le cou et dans le bras sont très importantes et accompagnées de troubles de la sensibilité ou de difficultés pour bouger certains muscles. Il faut également intervenir en urgence si la moelle épinière au centre de la colonne vertébrale est comprimée.

Si une racine nerveuse ou la moelle épinière restent comprimées trop longtemps, elles peuvent s'abîmer définitivement.

Les traitements chirurgicaux...

Il s'agit d'enlever la hernie discale, c'est à dire la partie centrale du disque intervertébral (**noyau pulpeux**) qui s'est déplacée. Ainsi, la racine nerveuse, ou la moelle épinière comprimée, sont libérées.

... et leurs limites

Il arrive que la chirurgie ne parvienne pas à rétablir une situation normale si la racine nerveuse ou la moelle épinière ont été comprimées pendant trop longtemps. En effet, elles sont fragiles et se détériorent rapidement.

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.

Vous risquez avant tout de continuer à avoir mal. Si vous tardez à vous faire opérer alors que vous avez du mal à bouger (**paralysie**) ou à sentir certaines zones de votre corps, les fibres nerveuses risquent de s'abîmer définitivement. Vous pouvez alors perdre l'usage d'un nerf. Dans les cas plus rares où la moelle épinière est comprimée, les risques sont d'autant plus graves que celle-ci donne naissance à de nombreux nerfs.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Votre médecin vous propose d'enlever la partie du disque qui déborde (**hernie discale**) pour libérer la racine nerveuse (ou plus rarement la moelle épinière) comprimée.

Selon l'emplacement de la hernie et la technique choisie par votre chirurgien, il peut ouvrir votre cou par l'avant ou par l'arrière. Dans votre cas, il choisit d'ouvrir par l'avant du cou.

L'anesthésie

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

L'ouverture

Le chirurgien fait généralement une ouverture horizontale à l'avant du cou, si possible dans un pli de la peau pour que la cicatrice ne soit pas trop apparente.

L'incision est généralement réalisée sur le côté droit du cou.

Souvent, votre chirurgien utilise un **microscope** ou des loupes pour agrandir ce qu'il voit par l'ouverture et faciliter l'opération. C'est ce que l'on appelle la **microchirurgie**.

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.

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**).



ouverture

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...).

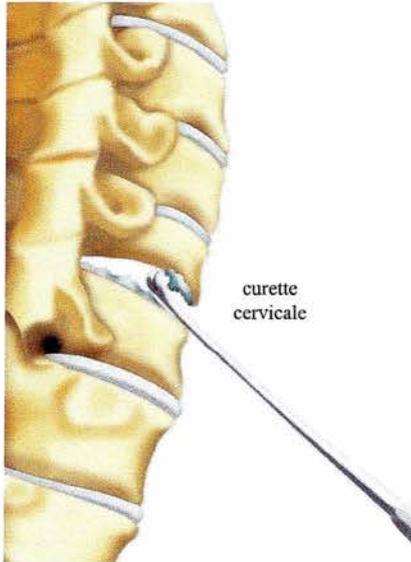
Habituellement, elle dure entre 40 minutes et deux heures. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

Le geste principal

Une fois la peau ouverte, le chirurgien écarte délicatement une artère (la **carotide**) ainsi qu'un des organes de la gorge (le **larynx**).

Il coupe ensuite une sorte de ruban souple et résistant (**ligament**) qui maintient les vertèbres entre elles, puis accède au disque abîmé.

Il le retire presque entièrement en utilisant un petit instrument à l'aide duquel il gratte entre les deux vertèbres. On parle de **curette cervicale**.



Les gestes associés

L'os des vertèbres est parfois endommagé par de l'**arthrose**. Il peut alors se déformer et éventuellement comprimer un nerf. Si c'est votre cas, le chirurgien retire la partie osseuse qui risque de coincer le nerf.

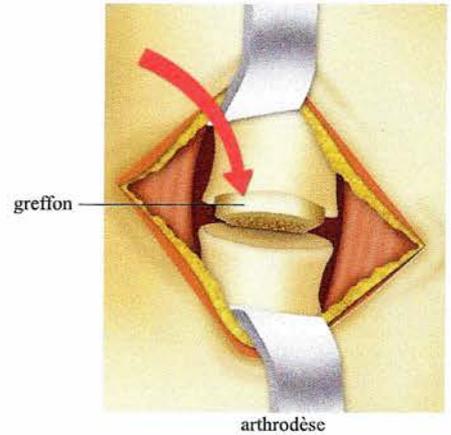
Certains chirurgiens choisissent de remplacer le disque qu'ils retirent. Dans ce cas, ils peuvent utiliser :

- des morceaux d'os (**greffons**) pris ailleurs dans votre corps (en général sur le bassin au niveau de ce que l'on appelle la **crête iliaque**) ;
- des matériaux artificiels qui remplacent l'os (**substituts osseux**).

Il place ce matériel entre les vertèbres. Au fil du temps, cet os se soude avec les vertèbres du dessus et du dessous et les stabilise (**greffe**). En langage médical, ce geste s'appelle une **arthrodèse**.

Dans certains cas, la greffe est renforcée par la mise en place d'une **plaque vissée** dans les corps vertébraux.

Chez les patients jeunes, qui ne souffrent pas d'arthrose, le chirurgien peut remplacer le disque par une **prothèse cervicale**, composée de plastique et de métal. Elle permet entre autres de conserver la mobilité du cou.



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...

Dans les jours qui suivent...

Douleur

Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Habituellement, elle est assez importante, mais des moyens adaptés permettent de la contrôler. Elle devient plus légère au bout de deux à trois jours en général.

Si on a utilisé de l'os pour remplacer le disque entre les vertèbres, il est normal que l'endroit où cet os a été prélevé soit douloureux.

Quant aux douleurs liées à la compression de la racine nerveuse, elles disparaissent très rapidement dans la plupart des cas.

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.

Autonomie

Habituellement, vous êtes autorisé à vous lever le soir même ou le lendemain.

Si nécessaire, vous portez une sorte de collerette rigide pour immobiliser votre cou (**minerve**).

Fonction

Tout dépend du problème que vous avez au départ.

Si avant l'opération les nerfs ne sont pas gravement atteints (paralysie importante et brutale), habituellement tout rentre dans l'ordre. Mais cela peut prendre un peu de temps : il faut que le nerf récupère.

Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous deux à cinq jours 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.

Principaux soins

Si votre médecin pense qu'il y a un risque que des bouchons de sang (**caillots**) se forment dans les veines de vos jambes (**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.

Environ une semaine après l'opération, on enlève les agrafes ou les fils s'ils ne sont pas résorbables. .

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 revoyez votre chirurgien dans les deux mois qui suivent l'opération.

Il peut souhaiter vous revoir plus tard pour contrôler l'évolution des vertèbres soudées.

Le résultat

Douleur

Les douleurs au niveau du bras liées à la compression de la racine nerveuse disparaissent en général assez rapidement.

Si vous avez encore mal dans le cou, sachez que cela peut être lié aux autres disques entre les vertèbres ou aux muscles qui entourent votre colonne vertébrale. L'opération ne traite que le problème de la racine nerveuse coincée.

Il arrive que le nerf fasse encore un peu mal, même après avoir été libéré.

S'il a souffert trop longtemps, il garde l'empreinte de ce qui l'a comprimé. Cela s'améliore en général avec le temps.

Principaux soins

Si vous avez encore mal au cou après l'opération, on propose parfois des séances de rééducation auprès d'un spécialiste (**kinésithérapeute**). Elles ne commencent jamais le premier mois.

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

Fonction

Si on vous opère sans tarder alors que vous ne présentez qu'une paralysie légère, vous retrouvez rapidement votre sensibilité et votre capacité de mouvement. Le rétablissement est complet, ou presque.

Il arrive cependant que le résultat de l'opération ne donne pas satisfaction quand les problèmes de sensibilité ou pour bouger les muscles durent depuis longtemps.

Chez les patients qui se retrouvent brutalement paralysés de manière importante, ou quand l'ensemble de fibres nerveuses au centre de la colonne vertébrale (**moelle épinière**) est comprimé, l'intervention, même réalisée rapidement, n'est pas toujours efficace. Mais ces problèmes arrivent très rarement.

Même si deux de vos vertèbres sont soudées, votre cou n'est pas plus raide qu'avant car les autres articulations fonctionnent. Il faudrait remplacer plusieurs disques par de l'os pour que vous sentiez une différence.

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 ! Menez une vie calme pendant quatre à huit semaines, puis reprenez progressivement vos activités.

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.

L'arrêt de travail dépend de votre profession. Il dure habituellement quatre à six semaines, plus si votre métier demande beaucoup d'efforts physiques.

Habituellement, il est possible de reprendre le sport au bout de trois mois, mais cela varie selon les cas. Suivez les consignes de votre chirurgien, et restez prudent. Les sports qui risquent de provoquer des chocs au niveau de la colonne vertébrale (comme le rugby ou le judo) sont déconseillés.

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.

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 chirurgicales ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

Pendant l'intervention

Des vaisseaux sanguins peuvent être coupés accidentellement et se mettre à saigner. Il faut alors les recoudre et éventuellement redonner du sang (**transfuser**).

Si cela concerne les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau, il faut agir vite pour qu'il ne soit pas privé de sang trop longtemps.

Pendant l'intervention (suite)

Il est exceptionnel que des nerfs, ou la moelle épinière elle-même, soient endommagés. On ne peut alors pas faire grand chose.

Les conséquences varient selon les nerf concernés et le degré auquel ils sont atteints (insensibilité, paralysie).

Si le nerf qui commande les cordes vocales (**nerf récurrent**) est abîmé accidentellement, vous pouvez alors avoir des difficultés temporaires pour avaler votre salive ou pour parler (**paralysie récurrentielle**).

L'enveloppe remplie de liquide qui se trouve entre la moelle épinière et l'os (la **dure-mère**) peut être blessée accidentellement, provoquant une fuite de liquide.

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

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

Après l'intervention

Parfois, la zone opérée saigne et 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**) ou qu'elle ne comprime le conduit dans lequel circule l'air (la **trachée**) et empêche la respiration.

Heureusement, cela n'arrive que très exceptionnellement.

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 en plus de porter un dispositif pour maintenir le cou (**minerve**) 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.

Après l'intervention (suite)

Des petits bouts de sang solidifié (**caillots**) peuvent se former, se coincer dans les veines des jambes (**phlébite**) puis boucher certains vaisseaux sanguins des poumons (**embolie**). Pour cette raison, 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.

Il est de plus toujours possible qu'une nouvelle hernie se forme sur un autre disque de la colonne vertébrale.

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.