



Clinique St Pierre
OTTIGNIES

ARTHRODÈSE CERVICALE ANTÉRIEURE

RAAC

Le RAAC est l'abréviation pour **R**éhabilitation **A**méliorée **A**près **C**hirurgie, cette entité recouvre tous les moyens disponibles pour informer le patient au mieux de sa condition afin de diminuer le stress lié à sa pathologie.

CANAL CERVICAL ETROIT - DÉFINITION

Diminution du diamètre du canal cervical responsable d'une mise à l'étréit de la moelle épinière, il est généralement dû à l'usure des éléments constitutifs de ce dernier : hypertrophie du ligament jaune, hypertrophie articulaires, discopathie, hernie discale, lipomatose, uncarthrose, ossification du ligament longitudinal postérieur.

CERVICO-BRACHIALGIES OU RADICULOPATHIE CERVICALE DÉFINITION :

Compression d'une racine nerveuse entre son émergence au sein de la moelle épinière et sa sortie au-delà du foramen. Survient généralement par suite de : discopathie, hernie discale, uncarthrose

SYMPTÔMES

- Généralement asymptomatique.
- Lorsque la situation devient plus sévère : cervicalgies, céphalées, cervico-brachialgies (douleurs dans les bras), signes de myélopathie (inflammation de la moelle épinière), perte d'équilibre, perte de forces, difficultés à faire les boutons de sa chemise peuvent apparaître, ...

TRAITEMENT MÉDICAL : LE PLUS SOUVENT

- Repos relatif.
- Antalgique
 - Palier 1- paracétamol
 - Palier 2- dérivés morphiniques (tramadol)
 - Palier 3- morphiniques.
- Kinésithérapie de mobilisation, manipulations, renforcements, étirements des chaînes postérieures.
- Infiltrations : péridurales. Elles sont réalisées par les médecins algologues (anesthésistes) sous anesthésie locale en hôpital de jour.



TRAITEMENT CHIRURGICAL : EN CAS D'ÉCHEC DU TRAITEMENT MÉDICAL.

Ce dernier est indiqué en cas d'échec du traitement médical ou alors plus rarement en cas de déficit neurologique (faiblesse dans les bras, perte d'équilibre, troubles de la motricité fine...)

VOTRE HOSPITALISATION À LA CSPO.

Entrée en hospitalisation la veille de l'intervention ou le jour même selon l'horaire qui vous sera communiqué. Une fois au bloc opératoire, votre chirurgien répondra à vos dernières questions et confirmera avec vous l'intervention programmée.



L'OPÉRATION

Se pratique sous anesthésie générale, une fois endormi on vous installe sur le dos, les bras le long du corps pour avoir accès à la colonne cervicale par le cou.

L'objectif est de libérer les nerfs et la moelle épinière des éléments compressifs.

On pratique une désinfection et on installe le champ opératoire afin de travailler dans les meilleures conditions d'hygiène. L'incision est faite dans le cou soit horizontalement soit en oblique après un repérage radiographique qui permet de centrer l'incision. On passe entre la trachée et le larynx d'une part et le paquet vasculaire d'autre part (artère carotide et veine jugulaire). Les muscles longs du cou sont ensuite décollés du côté gauche et droit afin de positionner les écarteurs. Le tout se fait à l'aide d'instruments fins et sous lunettes microscopiques.

Après l'opération, vous prendrez le temps de récupérer vos esprits dans la « salle de réveil » ou l'on s'assurera que vous alliez bien. Ensuite, vous remontez dans votre chambre. L'équipe des kinésithérapeutes passera vous voir afin de réaliser le 1er lever. L'objectif est d'apprendre à ce moment-là tous les conseils possibles pour vous lever de manière ergonomique et sécurisée et de commencer à marcher le plus normalement possible.

Vous passerez ensuite un séjour de 2-4 jours à l'hôpital pour que l'on puisse veiller sur vous et vous prodiguer les antidouleurs adaptés en cas de nécessité. Si tout se passe bien votre chirurgien vous donnera rapidement le feu vert pour rentrer au domicile.

COMPLICATIONS

Elles sont inhérentes à toute intervention chirurgicale. Ces dernières sont rares, néanmoins elles existent et il faut s'y préparer : l'hématome compressif, une plaie de l'œsophage, dysphagie (difficulté à déglutir), dysphonie (voix bitonale ou rauque), la brèche durale (fuite de liquide céphalo rachidien), infection, libération insuffisante, lésion neurologique, douleurs neuropathiques, pseudarthrose, décompensation des niveaux adjacents, ... Elles peuvent dans certains cas nécessiter une nouvelle intervention.

L'important est de bien peser la balance bénéfices / risques de l'intervention. Cette discussion se fait en consultation préopératoire. Préparez votre liste de questions pour en discuter en consultation avec votre chirurgien, avec l'anesthésiste et bien sûr votre médecin traitant.

CONSIGNES POST OPÉRATOIRES

- Pas de port de charges lourdes (<10kg).
- La marche est encouragée.
- Ne pas se pencher en avant et éviter les positions assises prolongées.

EVOLUTION

Il faut parfois attendre plusieurs mois de rééducation avant de voir les effets définitifs de la chirurgie.

RENDEZ-VOUS POST OPÉRATOIRE

Ces derniers sont organisés la plupart du temps avant votre intervention en général à 6 et 12 semaines de l'intervention.

Si vous remarquez la moindre chose anormale n'hésitez pas à contacter le service. En cas de suspicion d'infection ne prenez pas d'antibiotiques sans l'accord de votre chirurgien.

SECRÉTARIAT

- Téléphone : 010 437 460
 - Du lundi au vendredi de 8h15 à 12h30 et de 13h30 à 17h.
 - Route 935
- Adresse mail : secretariat.orthopedie@cspo.be

L'équipe Rachis
Dr Caudron – Dr Foko'o

