

HERNIE DISCALE CERVICALE



*Avant, pendant et
après la chirurgie*

Pour vous, pour la vie

Hernie discale cervicale : avant, pendant et après la chirurgie

Dr Mario Séguin,
Ginette Choquette,
Lucie Grondin
et collaborateurs

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Septembre 2003

Hernie discale cervicale : avant, pendant et après la chirurgie, 2003.

Équipe de rédaction

Dr Mario Séguin, neuro-chirurgien
Ginette Choquette, infirmière de liaison
Lucie Grondin, physiothérapeute
Lise Savoie, infirmière de la salle d'opération
Christiane Michon, infirmière du suivi
Nicole Befort, infirmière-chef de l'unité de neuro-chirurgie
France Lemay, assistante-infirmière à l'unité de neuro-chirurgie
Lyne Lanthier, infirmière de la clinique externe
Bernard Martin, préposé aux bénéficiaires

Avec la contribution de

Dr Normand Poirier, neuro-chirurgien
Sonia Bureau, physiothérapeute
Johanne Leblanc, infirmière à l'unité de neuro-chirurgie
Hélène Lavigne, infirmière du service d'anesthésie

ISBN 2-921736-32-2

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Tous droits réservés

© Hôpital Maisonneuve-Rosemont; Programme-clientèle de chirurgie, 2003.

CP-CHR-029

Table des matières

Définition et manifestations	3
Résonance magnétique	4
Chirurgie et résultats	5
Rencontres de préparation	6
Fonctionnement de la pompe antidouleur	7
Soins après l'opération	10
Retour à domicile	12
Reprise des activités quotidiennes	14
Visites en clinique externe	15
Exercices d'assouplissement	16

Vous venez d'apprendre que vous serez admis à l'hôpital pour subir une intervention chirurgicale au cou pour une hernie discale. Plusieurs questions surgissent à votre esprit :

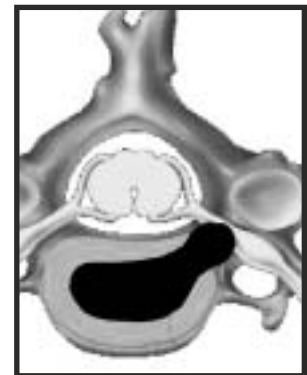
- qu'est-ce que cette maladie ?
- en quoi consiste la chirurgie ?
- à quel type d'évolution doit-on s'attendre après la chirurgie ?

C'est à ces questions les plus souvent posées par la majorité de nos patients que le présent texte cherche à répondre.

Qu'est-ce qu'une hernie discale ?

Les vertèbres sont séparées par des coussins constitués d'un centre mou et élastique entouré d'une paroi plus fibreuse et plus rigide. C'est cette paroi qui maintient le « centre mou » en place. Avec l'usure de temps ou à la suite d'un traumatisme cette paroi plus rigide peut s'ébrécher et laisser la partie plus molle migrer vers l'extérieur.

Le problème vient du fait qu'au voisinage du disque se trouve la moelle épinière et les racines nerveuses qui, à chaque vertèbre, sortent des deux côtés pour se diriger vers les bras et les jambes. En se déplaçant, le disque peut donc venir en contact avec une racine nerveuse ou la moelle épinière elle-même et exercer une irritation ou une compression douloureuse.



Comment se manifeste-t-elle ?

La plupart des gens qui en sont atteints se plaignent de douleurs au cou qui peuvent s'étendre derrière la tête, vers les omoplates, vers les épaules ou plus bas vers le milieu du dos. Lorsqu'une racine nerveuse est coincée, la douleur s'étend vers un bras et classiquement jusqu'à la main ou, dépendant du niveau atteint certains doigts peuvent être engourdis.

Cette douleur peut s'accompagner de faiblesse comme pour fléchir le bras, l'étendre ou serrer des objets avec la main. Dans les cas plus graves, ces manifestations peuvent toucher les 4 membres. Il peut y avoir des sensations anormales et de la raideur des jambes qui rend la marche ou la montée d'escaliers plus difficiles qu'avant.

Comment fait-on le diagnostic ?

Les radiographies simples ne font pas la preuve d'une hernie discale. La résonance magnétique est le meilleur examen pour confirmer le diagnostic.

Qu'est-ce que la résonance magnétique ?

C'est une technique qui produit des images très détaillées permettant de distinguer les tissus anormaux des tissus sains. L'examen dure environ de 30 à 45 minutes.

Un questionnaire sera rempli avec vous afin de déterminer si vous pouvez passer l'examen. Il est très important de savoir si vous avez des objets métalliques dans les yeux ou le corps et si vous portez un appareil à piles tel un stimulateur cardiaque.



Le jour de l'examen, vous pourrez prendre vos médicaments, boire et manger normalement. Nous suggérons que vous preniez un comprimé antidouleur pour obtenir un confort en position dorsale .

Le département de radiologie est situé au pavillon Maisonneuve, au 1er étage de l'aile B. Information : (514) 252-3400, poste 3354.

Le CT- Scan ou scanner est généralement insuffisant pour faire le diagnostic d'une hernie discale cervicale contrairement aux hernies lombaires et ceci pour des raisons anatomiques qui font que l'image est moins précise à la hauteur du cou qu'au niveau du dos. S'il vous est impossible de subir l'examen de résonance magnétique, votre médecin vous fera passer une myélographie avec injection de colorant par ponction lombaire.

Qui devrait subir la chirurgie ?

La grande majorité des gens atteints d'une hernie discale peuvent améliorer leur condition sans chirurgie. Il devront cependant suivre un processus lent qui peut prendre de six mois à un an . Généralement, les premiers signes importants d'amélioration surviennent après 3 ou 4 mois. L'évolution à long terme est aussi bonne chez ceux qui réussis-

sent à améliorer leur condition que chez ceux qui subissent la chirurgie. La chirurgie est à considérer pour ceux qui ont une hernie discale démontrée et

- dont la condition ne s'est pas améliorée de façon satisfaisante avec les traitements non-chirurgicaux d'une durée de 2 à 3 mois.
- ceux qui ont une atteinte fonctionnelle majeure dans leur vie de tous les jours
- ceux qui présentent des signes de paralysie progressive d'un ou plusieurs membres.

En quoi consiste la chirurgie ?

Elle consiste à enlever le disque dégénéré pour décompresser les structures nerveuses. Elle est, la plupart du temps, effectuée par une incision horizontale de 4 à 6 centimètres pratiquée à l'avant du cou. Le neurochirurgien enlève la totalité du ou des disques impliqués. Il peut décider d'implanter une greffe en remplacement du disque. Cette greffe peut être prélevée à même votre hanche par une incision de 4 à 6 cm. ou à partir d'os traité avec stérilité absolue.

Les risques d'une telle chirurgie sont de 2 à 3% :

- infection
- atteinte du nerf de la corde vocale pouvant causer une voix rauque ou étouffée et une difficulté à avaler. Cet inconvénient peut être temporaire ou permanent.
- dommage accidentel à la moelle épinière qui peut entraîner une paralysie des 2 bras et des 2 jambes. Ce risque est cependant inférieur à 1 %.

Quels résultats attendre de la chirurgie ?

La chirurgie est généralement efficace assez rapidement pour soulager la douleur du bras. Toutefois, les engourdissements prennent toujours plus de temps à s'améliorer. Il faut souvent attendre 6 mois à 1 an pour obtenir le résultat final de la chirurgie.

Pour ce qui est des douleurs au cou, elles sont souvent diminuées de façon significative. La chirurgie corrige les effets de compression nerveuse mais ne renverse pas les phénomènes d'arthrose (usure) qui sont à leur origine. On ne doit donc pas s'attendre à avoir un cou « neuf ». Il faudra adopter des habitudes de vie au travail ainsi que des activités usuelles et sportives qui tiendront compte de cette fragilité.

Lorsqu'il y a une faiblesse causée par la compression de la racine ou de la moelle épinière, on peut souvent s'attendre à ce que l'atteinte soit au moins partiellement réversible. Parfois il est juste possible de stabiliser la condition et de prévenir une détérioration supplémentaire.

La préparation à la chirurgie

Après que votre diagnostic ait été confirmé, le neurochirurgien fera acheminer une demande au bureau d'admission. C'est ce bureau qui vous téléphonera afin que vous vous présentiez au centre d'investigation externe de pré-chirurgie (CIEPC). L'attente peut être de 6 mois à un an.

Afin d'être admis à l'hôpital le matin même de votre chirurgie, votre admission au centre d'investigation externe de préchirurgie (CIEPC) vous permettra de passer d'avance les différents examens prescrits par votre neurochirurgien et ceux requis pour votre opération.

Le CIEPC est situé au 2^e étage du Centre de soins ambulatoires (CSA), aile F bleue.
Téléphone : 514 252-3400, poste 3613.

N'oubliez pas d'apporter vos médicaments, vos lunettes ainsi que la liste de vos médicaments si vous en prenez et vos films (radiographies, résonance magnétique) s'ils ont été faits à l'extérieur de l'hôpital. Vous avez intérêt à prévoir une collation.

1. À votre arrivée au CIEPC on vous dirigera vers
 - le centre de prélèvement (prise de sang),
 - l'enregistrement au bureau d'accueil du CIEPC,
 - d'autres examens si nécessaire (par exemple : un électrocardiogramme).
2. Rencontre avec l'infirmière :
 - prise du poids et de la tension artérielle,
 - remise d'un questionnaire que vous remplirez avec l'infirmière,
 - enseignement préopératoire,
 - remise de documentation au besoin.
3. Rencontre avec le médecin :
 - pour compléter votre évaluation médicale,
 - faire un examen physique en vue de votre chirurgie,
 - possiblement rencontrer d'autres spécialistes selon votre condition.
4. Rencontre avec l'anesthésiste :
 - prescription de la prémédication, s'il y a lieu,
 - détermination du type d'anesthésie,
 - explication du fonctionnement de l'antidouleur.
5. Rencontre avec le prothésiste :
 - remise de prescription médicale pour obtenir le collet cervical (gratuit),
 - le protège-collet (20 \$) peut être défrayé par votre compagnie d'assurances ou autre.

Explication du fonctionnement de l'antidouleur

L'Auto analgésie Contrôlée par le Patient via une pompe(ACP) de morphine vous sera proposée pour les 24 heures suivant votre chirurgie. Lorsque vous ressentirez de la douleur, vous vous administrerez de petits doses d'antidouleur à l'aide d'un bouton presseur relié à votre veine.



Même si vous pesez sur le bouton de façon répétée, l'appareil émettra un « bip » sonore, mais il est programmé pour vous donner seulement la quantité sécuritaire de médicament dont vous avez besoin.

Votre infirmière vous guidera sur le fonctionnement de l'auto analgésie contrôlée par le patient et l'évaluation de votre douleur. Régulièrement, elle vous demandera l'intensité de votre douleur sur une échelle de 0 à 10. Le zéro indique l'absence de douleur et le 10 la plus vive douleur ressentie.

0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
pas de douleur	légère	gênante	pénible	sévère	insupportable

Vous devez signaler à votre infirmière toute apparition de nausées et de démangeaisons. Elle pourra vous administrer par voie veineuse le médicament pour combattre ces effets.

Dès que vous tolérerez les liquides, vous n'utiliserez plus la pompe et un anti-douleur en comprimé vous sera prescrit. Pour contribuer à diminuer la douleur, un anti-inflammatoire et du Tylénol vous seront prescrits.

La veille de la chirurgie

Le bureau d'admission de l'hôpital vous appellera pour :

- confirmer la date et l'heure de votre admission pour la chirurgie.
- compléter les formalités relatives au choix du type de chambre que vous désirez.

Vous recevrez les consignes suivantes :

- Ne pas boire ni manger à partir de minuit.
- Le matin de la chirurgie, évitez de fumer. Ne portez pas de bijoux, ni de maquillage ni de vernis à ongles ou de faux ongles. N'appliquez pas de crème hydratante.
- Pour les femmes en âge de procréer, une analyse d'urine est obligatoire avant l'anesthésie générale ou régionale. Dans ce cas, apportez votre urine du matin dans un contenant propre.
- Apportez les documents requis : carte d'assurance maladie, carte bleue de l'hôpital et certificat d'assurance personnelle.

Attention !

Il est très important d'aviser le personnel du bureau d'admission si vous devez annuler votre opération pour des raisons de santé ou autres.

Tél. : 514 252-3400 poste 3516.

À l'hôpital, les soins en vue de l'opération

À votre arrivée à l'hôpital, présentez-vous au bureau d'admission pour remplir les formalités d'usage.

Voir : <http://www.maisonneuve-rosemont.org/site/categorie.asp?sort=1.4>

Lors de votre arrivée à l'unité de soins, veuillez vous présenter au poste des infirmières avec les documents que l'on vous aura remis au bureau d'admission.

Vous serez reconduit à votre chambre. Des renseignements supplémentaires sur les services offerts et sur le fonctionnement de l'unité y sont affichés.

Votre infirmière vous préparera pour la salle d'opération (médicaments, signes vitaux, collet cervical).

C'est une sage précaution de laisser vos objets de valeur à la maison, sinon vous pourrez demander de les placer en lieu sûr.

Un préposé de la salle d'opération viendra vous chercher à votre chambre. Vous devrez apporter avec vous les radiographies et les images de résonance magnétique de votre colonne cervicale, s'ils ont été faits ailleurs qu'à Maisonneuve-Rosemont.

Les membres de votre famille ou les personnes qui vous accompagnent pourront vous attendre à votre chambre ou au salon des accompagnateurs situé au 2^e étage du pavillon Maisonneuve, près du bloc opératoire.

À la salle d'opération

La durée de l'attente avant l'entrée en salle d'opération sera de 20 à 50 minutes.

La durée approximative de votre chirurgie cervicale est de 1 h 30 pour une hernie et de 3 heures pour deux hernies.

Le neuro-chirurgien travaille avec un microscope à haute résolution à trois dimensions et il peut augmenter la précision jusqu'à vingt fois avec le grossissement. Il procède avec des micros instruments spécifiques et utilise une fraise pneumatique électronique à diamant pour dégager les structures osseuses. Les instruments ont été conçus pour écarter et respecter les structures du rachis cervical avec douceur.

À la fin de la chirurgie

- On vous mettra un pansement au niveau du cou.
- Un pansement compressif à la hanche sera mis s'il y a eu un prélèvement d'un greffon osseux.
- Un collet cervical non rigide (feutré) vous sera installé pour 24 heures. Le lendemain, vous porterez un collet rigide.
- L'anesthésiste, l'inhalothérapeute et une infirmière vous reconduiront à la salle de réveil où vous demeurerez environ une heure.
- Une infirmière installera votre pompe d'analgésie autocontrôlée par le patient (ACP).
- Pour vous soulager, l'infirmière vous administrera les premières doses de morphine avec la pompe (ACP).
- L'anesthésiste vous prescrira des médicaments si vous avez des nausées ou des démangeaisons.

Lorsque votre douleur sera contrôlée et que vos signes vitaux seront stables (pouls, pression artérielle), un préposé de la salle de réveil vous reconduira à votre chambre. Il se peut que vous séjourniez aux soins intensifs pour une durée approximative de 24 heures .

Les soins post-opératoires

Vous pourrez être étendu sur le dos ou sur le côté (gauche ou droit). Sur le côté, vous aurez un oreiller entre les jambes et votre dos sera appuyé sur un oreiller roulé. Vous pourrez placer un petit oreiller sous la tête, mais pas sous l'épaule. Pour votre confort, la tête du lit pourra être légèrement levée à 30 degrés.

Utilisez la pompe autocontrôlée par le patient ACP si vous ressentez de la douleur, surtout à la gorge et à la hanche.

Vous devrez constamment porter le collet, 24 heures sur 24. Dans certains cas, si le collet rigide est inconfortable la nuit, le collet feutré peut être autorisé.

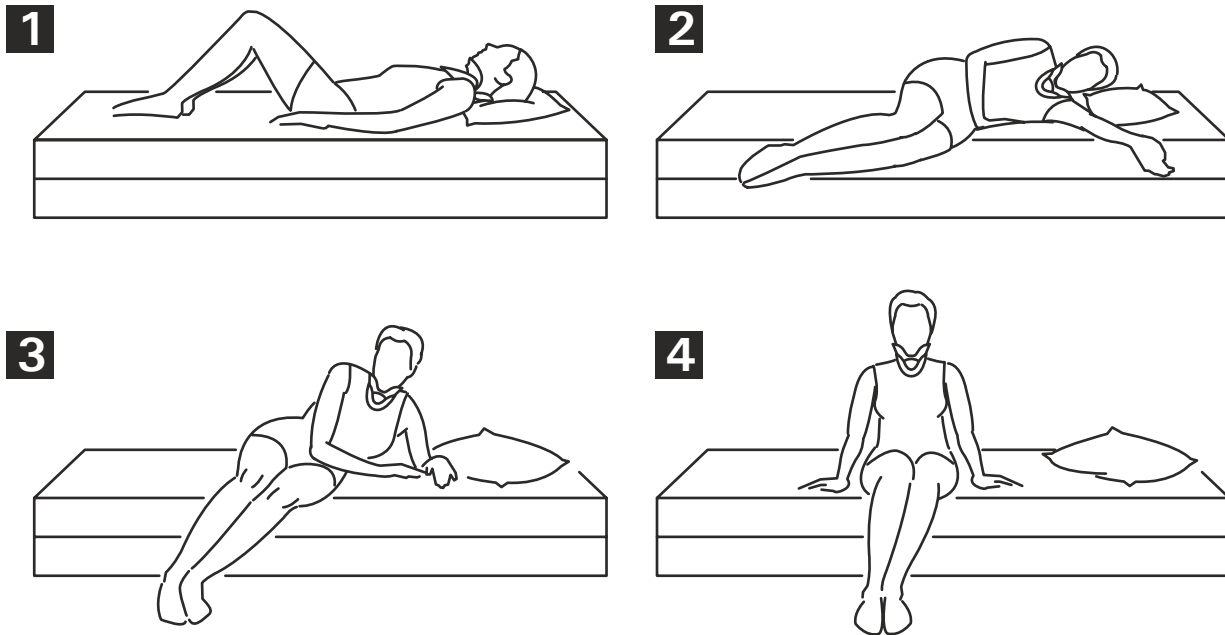
Un pansement recouvrira vos points de suture ou vos agrafes. Il sera changé après 24 ou 48 heures et quotidiennement ensuite jusqu'à votre congé de l'hôpital.

Il est possible que vous ayez temporairement de la difficulté à uriner. Votre infirmière vous aidera alors en vidant votre vessie par des cathétérismes ou par l'installation d'une sonde urinaire.

L'inactivité et les antidouleurs peuvent provoquer de la constipation. Il est important d'en aviser l'infirmière.

Bientôt, vous recommencerez progressivement à vous hydrater et à vous alimenter. Lorsque votre alimentation sera adéquate et que vous aurez terminé d'utiliser la pompe ACP, l'infirmière enlèvera votre soluté.

Pour sortir du lit, vous devrez utiliser « la technique du pendule » telle que vous l'enseignera votre infirmière. Les premiers jours, le personnel vous aidera jusqu'à ce que vous arriviez à le faire par vous même.



Si une greffe a été prélevée à même votre hanche, il se peut que cette dernière vous incommoder pour la marche.

Respectez votre fatigue. Planifiez vos repos. Alternez vos séances de marche et vos périodes assises.

Pendant votre séjour à l'hôpital, nous veillerons à l'hygiène de votre cou fraîchement opéré. La première fois, vous demeurerez en position couchée et on retirera la partie avant de votre collet pour laver et assécher votre peau. Vous devrez garder la tête droite sans la tourner. Il est important de ne pas la fléchir en avant, en arrière ou de côté. Les fois suivantes, vous vous laverez-vous même devant un miroir.

Prévoyez de tout avoir à votre portée (serviette, savon, rasoir) avant de retirer votre collet. N'oubliez pas de toujours garder la tête très droite. Remettez immédiatement le collet après les soins. Les hommes profiteront de cet instant pour faire leur barbe, de préférence avec un rasoir électrique.

Votre séjour à l'hôpital devrait durer de 3 à 5 jours. Avant votre départ, vous rencontrerez un physiothérapeute qui vous enseignera un programme d'exercices.

L'infirmière de liaison ouvrira un dossier au CLSC de votre localité. Après votre sortie de l'hôpital, vous pourrez appeler au numéro qu'on vous aura remis, si vous avez des inquiétudes. Au besoin, vous pourrez prendre rendez-vous au CLSC pour faire changer votre pansement ou faire enlever vos agrafes.

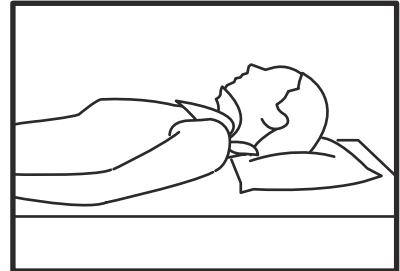
Un rendez-vous vous sera fixé pour revoir votre neurochirurgien dans environ 2 mois. Il est alors possible que vous deviez subir un examen au rayon X.

Les conseils pour le retour à domicile

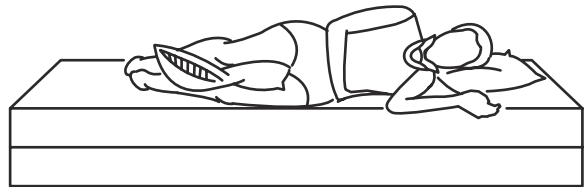
1. Prenez le médicament antidouleur prescrit, si vous en avez besoin, ainsi que les anti-inflammatoires.
2. Le ou les pansements resteront en place jusqu'à la date indiquée par le neurochirurgien. Si vous avez des points fondants, après 7 à 10 jours, vous enlèverez vous-même le pansement ou le ferez enlever par une infirmière de votre CLSC. Si vous avez des agrafes, l'infirmière les enlèvera à partir du 10^e jour après l'opération.
3. S'il y a un écoulement de la plaie ou une rougeur autour du pansement ou si vous faites de la température, contactez ces ressources, dans l'ordre :
 - Info-Santé du CLSC au numéro de téléphone qui vous a été remis par l'infirmière de liaison.
 - Infirmière du suivi de la clientèle de la neurochirurgie au 514 406-9149.
 - Votre neurochirurgien au 514 252-3822.
4. Lorsque les agrafes auront été enlevées ou que le pansement sera retiré vous pourrez enfin prendre une douche ou un bain. Vous devrez enlever le collet avant la douche. Fixez un point devant vous lorsque vous laverez vos pieds, vous devez absolument éviter de vous pencher la tête par en avant. Pour la même raison, lavez-vous les cheveux dans la douche et non dans un lavabo.
5. Le collet doit être porté pour une période de deux à trois mois. Il peut être nettoyé à l'aide d'un linge humide. N'utilisez pas de poudre ni de crème qui conservent l'humidité.
6. Vous aurez de la difficulté à avaler pendant un certain temps. Coupez les aliments en plus petites bouchées.
7. Si vous avez subi une greffe, la douleur à la hanche pourra limiter vos déplacements pendant 4 à 8 semaines. La douleur s'atténuera avec le temps. Vous pouvez appliquer de la glace pendant 15 minutes pour vous soulager.

8. Evitez de rester assis trop longtemps. Limitez les randonnées à 10 ou 15 minutes. Tenez la rampe lorsque vous descendez les escaliers, vous aurez moins tendance à baisser la tête. Le premier mois, évitez les longues randonnées en auto. Il n'est pas recommandé de conduire un véhicule pendant les deux premiers mois suivant votre chirurgie.
9. Permettez-vous de vous reposer, faites de petites siestes durant la journée. Ne vous couchez plus sur le ventre. Choisissez, autant que possible, un matelas ferme. Le lit d'eau n'est pas conseillé, mais demandez l'avis de votre neurochirurgien.

Evitez de déposer votre tête sur deux oreillers ou sur un oreiller trop volumineux, choisissez celui qui vous procure un bon alignement de la tête avec le corps. Si vous souffrez d'inconfort durant la nuit, levez-vous et marchez un peu. Le collet mou est permis la nuit si l'inconfort est trop grand.



Pour le sommeil, la position sur le côté est celle qui est la plus recommandée. Placez l'oreiller de façon à ce que votre tête et votre cou soient alignés avec le corps. Ne mettez pas d'oreiller sous les épaules. Pliez les genoux et placez un coussin entre les deux genoux.



10. Vous pourrez recommencer à avoir des relations sexuelles, mais elles ne doivent pas provoquer de douleur. Pour quelque temps, il serait plus prudent de vous en tenir à un rôle passif.

Vers une reprise de vos activités quotidiennes

- Le 1^{er} mois : activités légères.
- Augmentez graduellement le deuxième mois.
- Vous pouvez retourner au boulot et à des activités normales après 4 à 6 mois, selon votre type de travail.

Les bonnes postures sont à la base de votre remise sur pied. Vous devez éviter d'avoir les épaules arrondies et le menton avancé, que vous soyez debout, assis ou dans toutes les activités de la vie quotidienne. Même avec votre collet, maintenez la nuque allongée, le menton rentré et les épaules bien alignés avec le corps.



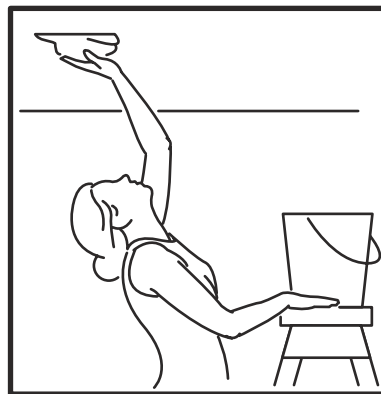
Incorrect



Correct

Évitez de garder la tête tournée pour une longue période. Faites plutôt face à l'objet ou à votre interlocuteur plutôt que de vous tourner la tête. Évitez aussi de regarder en haut, vers le plafond ou le ciel pour de longs moments.

Pour au moins deux mois, vous ne devez idéalement pas soulever une charge supérieure à 4.5kg (10 lbs). Par la suite, ne soulevez rien d'assez lourd qui puisse provoquer des douleurs au cou. Évitez de laver ou de peindre le plafond.



Incorrect



Correct

Plus tard, si vous avez à regarder à la verticale, faites attention à ne pas porter la tête en arrière (hyperextension). Travaillez de façon à regarder devant vous le plus possible.

Les activités sportives

Deux semaines après la chirurgie, vous pouvez retourner à la piscine pour de la marche dans l'eau ou de la natation douce faisant surtout travailler les jambes, tout en évitant de faire des longueurs.

Pendant les six mois suivant l'intervention, vous devez à tout prix éviter de pratiquer les sports de façon intensive ou régulière. Les activités avec des impacts répétés sont tout à fait déconseillées : saut, jogging, volley-ball, équitation, ski acrobatique, danse aérobique (sauf une activité sans impact ou aquaforme), hockey avec contact, véhicule tout terrain, motoneige, moto marine, sport de raquettes...

Lorsque vous verrez votre neurochirurgien pour votre suivi, demandez-lui si vous aurez éventuellement la possibilité de faire un sport avec impact répété.

La natation, le vélo, le patin, la marche et la bicyclette stationnaire sont d'excellentes activités pour préserver vos articulations d'une usure excessive.

En tout temps, pratiquez les sports prudemment, sans forcer votre cou et prévoyez une bonne période de réchauffement musculaire.

Les visites en clinique externe

La clinique externe de neurochirurgie est située au 2^e étage du Centre de soins ambulatoires, aile F bleue. Tél. : 514 252-3400, poste 4260.

Lors de votre première visite après votre chirurgie, le neurochirurgien évaluera votre état général et vos symptômes.

Il pourra compléter vos documents d'accident de travail et renouveler la prescription reliée à votre chirurgie.

Le médecin déterminera également la fréquence de vos prochaines visites de suivi.

Lors de cette première visite, vous pourrez faire compléter les formulaires d'assurance ou autres par la secrétaire du neurochirurgien.

Votre prochain rendez-vous pourra être pris avant votre départ de la clinique ou en téléphonant à la centrale des rendez-vous au 514 252-3400, poste 3578.

Exercices d'assouplissement 10 jours après l'opération

Votre cou ayant subi le choc d'une opération et ayant été immobilisé 10 jours pour assurer la guérison, il est important que vous fassiez ces exercices vous permettant de rétablir une bonne flexibilité.

Pour ces exercices, vous pouvez retirer votre collet.

Répétez chaque exercice 5 à 10 fois, et augmentez progressivement le nombre de fois.

Respectez votre douleur. Lorsqu'un exercice provoque ou augmente la douleur, diminuez en l'intensité ou le nombre de répétitions. Vérifiez que l'exécution soit correcte. Au besoin appliquez de la glace pendant 15 minutes.

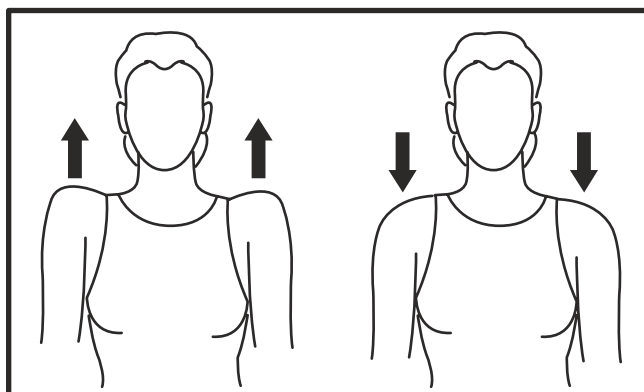
Effectuez chaque exercice lentement. Evitez de trop forcer un mouvement et de vous entêter dans la douleur. Prenez un repos entre les exercices.

De semaine en semaine, vous pourrez aller plus loin et en faire plus sans causer de douleur.

1. Mobilité de la ceinture scapulaire

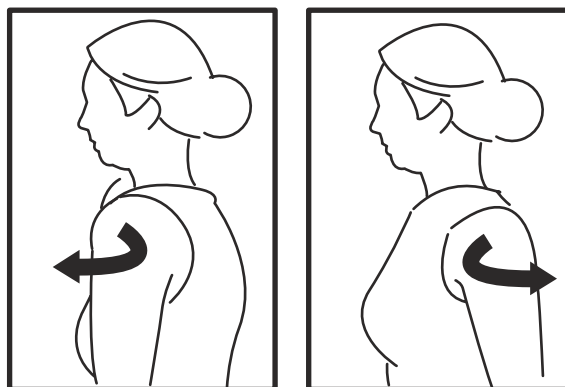
- a) Position : Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton légèrement rentré, les bras relâchés de chaque côté.

Exercice : Soulevez les épaules vers les oreilles puis relâchez doucement, Descendez les épaules le plus bas possible et relâchez.



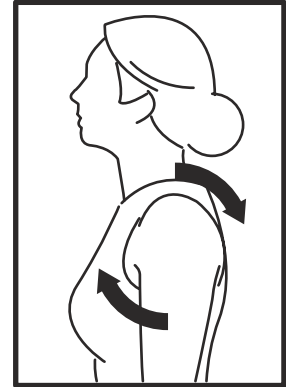
- b) Position : Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton très légèrement rentré, les bras relâchés de chaque côté.

Exercice : Amenez les épaules vers l'avant puis revenez au centre. Amenez les épaules vers l'arrière et revenez au centre.



- c) **Position** : Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton très légèrement rentré, les bras relâchés de chaque côté.

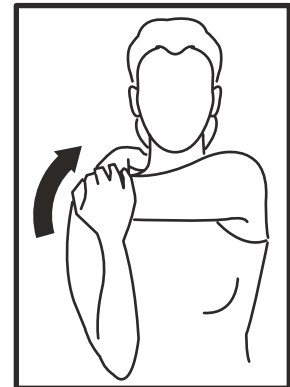
Exercice : Roulez les épaules vers l'arrière.



2. Étirement des bras

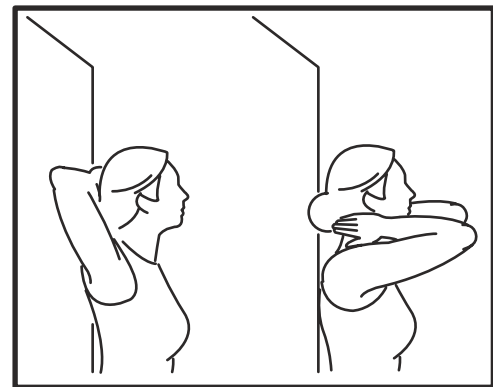
- a) **Position** : Assis bien droit sur une chaise, pieds à plat, menton légèrement rentré sans bouger le cou.

Exercice : Prenez le coude droit avec votre main gauche et le tirez vers la gauche en gardant le coude à la hauteur de l'épaule. Tenez 30 secondes et relâchez. Répétez avec l'autre côté.



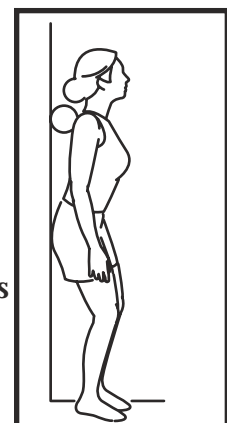
- b) **Position** : Debout contre le mur, pieds écartés à la largeur des hanches à une distance d'environ 2 à 5 cm du mur. Genoux légèrement fléchis.

Exercice : Mains appuyées sur la nuque, écartez les coudes de chaque côté jusqu'au mur. Tenez 30 secondes. Revenez au centre et relâchez.



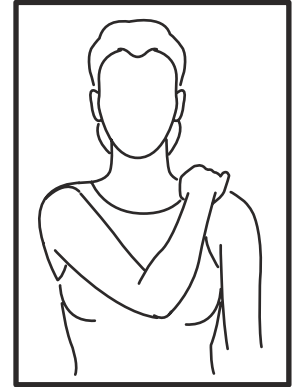
- c) **Position** : Debout contre le mur, pieds écartés à la largeur des hanches à une distance d'environ 2 à 5 cm du mur. Genoux légèrement fléchis.

Exercice : Placez une balle sur les points de tension musculaires. Ne placez pas la balle sur les os : colonne, omoplate. Faites de légers mouvements de rotation du muscle sur la balle pendant environ une minute. Répétez de l'autre côté.



d) **Position** : Assis bien droit sur une chaise les pieds à plat. Laissez pendre le bras gauche.

Exercice : Saisissez fermement le muscle sur le dessus de l'épaule gauche avec la main droite. Massez le muscle pendant une minute. Répétez de l'autre côté.

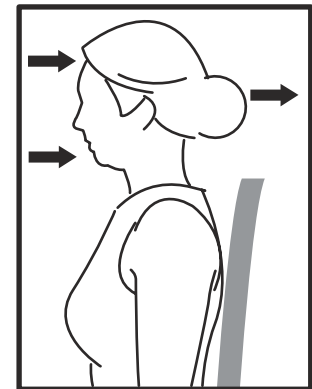


3. Étirement des muscles de la nuque

Cet exercice vous aidera à avoir une bonne posture et doit être exécuté avant tous les exercices qui suivent.

Position : Assis bien droit sur une chaise, les épaules relâchées, les pieds bien à plat sur le sol ou sur un petit banc. De préférence, placez-vous devant un miroir.

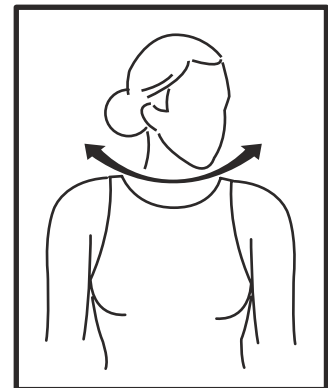
Exercice : Rentrez très légèrement le menton, allongez la nuque vers le haut. Gardez les yeux fixés au même niveau. Tenez 4 secondes et relâchez.



4. Rotation

Position : Assis bien droit sur une chaise, les épaules relâchées, les pieds bien à plat sur le sol. De préférence, placez-vous devant un miroir.

Exercice : Rentrez légèrement le menton et tournez la tête à droite doucement. Allez aussi loin que possible sans trop de douleur. Revenez au centre et faites un arrêt. Répétez à gauche.



5. Étirement du trapèze

Position : Assis, devant un miroir, bien droit sur une chaise, les épaules relâchées, les pieds bien à plat sur le sol. Rentrez légèrement le menton.

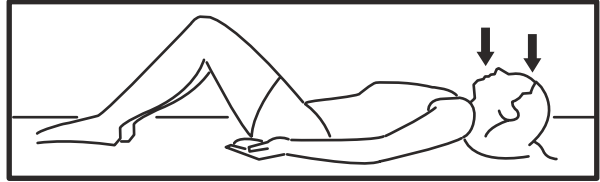
Exercice : Penchez la tête à droite le plus loin possible, en rapprochant l'oreille de votre épaule droite. Tenez 20 à 30 secondes pour étirer le muscle. Revenez au centre et faites un arrêt. Répétez de l'autre côté.



6. Étirement des muscles postérieurs du cou

Cet exercice vise à allonger le cou et le dos tout en vous faisant relaxer et adopter une bonne posture.

Position : Couché sur le dos sur une surface dure, genoux pliés, les bras le long du corps, paumes des mains vers le plafond. Relâchez les épaules. Évitez de creuser le bas du dos.



Exercice : En inspirant, allongez la nuque en rentrant légèrement le menton et en appuyant l'arrière du crâne sur le matelas. Tenez 4 secondes. Relâchez la nuque en expirant. Refaites le même exercice avec les bras écartés à 45 degrés, puis recommencez avec les bras à 90 degrés.

Équipe de rédaction de cette brochure :

Dr. Mario Séguin , neuro-chirurgien
Ginette Choquette , infirmière de liaison
Lucie Grondin , physiothérapeute
Lise Savoie , infirmière de la salle d'opération
Christiane Michon , infirmière du suivi
Nicole Befort , infirmière-chef de l'unité de neuro-chirurgie
France Lemay , assistante-infirmière à l'unité de neuro-chirurgie
Lyne Lanthier , infirmière de la clinique externe
Bernard Martin , préposé aux bénéficiaires

avec la contribution de

Dr. Normand Poirier , neuro-chirurgien
Sonia Bureau , physiothérapeute
Johanne Leblanc , infirmière à l'unité de neuro-chirurgie
Hélène Lavigne , infirmière du service d'anesthésie.

Cette documentation est publiée avec le soutien de la compagnie Hanger.

