



Chirurgie de la colonne vertébrale

Orthopédie

01 CONTENU

Que faites-vous bien avant l'opération?	3
Qu'est-ce que vous apportez à l'hôpital?	5
Que faut-il laisser à la maison?	5
Informations générales sur la colonne vertébrale: anatomie et fonction	6
Les maladies les plus fréquentes	8
Interventions	12
Déroulement de la journée d'enregistrement	15
Après l'opération	16
Retour à l'unité de soins	17
Les heures et les jours suivants	18
Réadaptation	19
Service social	20
Sortie de l'hôpital	21
Questions fréquemment posées lors de la sortie	22
Signaux d'alerte pour la situation domestique	23

02 Bienvenue

Nous vous souhaitons la bienvenue dans notre unité de soins F1. Notre équipe de médecins et d'infirmières spécialisés est prête à vous guider.

Vous serez bientôt admis dans notre hôpital pour une opération du dos. Cette intervention soulèvera probablement quelques questions pour vous et les membres de votre famille. Dans cette brochure, vous trouverez des informations pratiques sur le dos, la préparation et le déroulement de l'opération, le séjour à l'hôpital, la sortie et la rééducation. Veuillez prendre le temps de lire cette brochure dans son intégralité. Si vous avez d'autres questions, commentaires ou souhaits après avoir lu cette brochure, n'hésitez pas à les poser. Nous vous souhaitons un agréable séjour et un prompt rétablissement.

Au nom de toute l'équipe de l'unité de soins F1

03

Que faites-vous bien avant l'opération?

Afin de faciliter votre admission à l'hôpital et votre retour à la maison, vous pouvez déjà vous préparer chez vous. Vous recevrez un dossier avec un certain nombre de formulaires à la préadmission ou au secrétariat orthopédique.

Contenu du dossier de préadmission

Dans le dossier que vous recevrez, en plus des brochures d'information sur votre opération, le service et l'hôpital, vous trouverez également les formulaires ci-dessous.

Pour **vous-même** (éventuellement en collaboration avec un employé de préadmission):

- questionnaire dans Mynexuzhealth;
- apportez le sac de médicaments avec vos médicaments à domicile dans les boîtes originales.
- brochures d'information sur la procédure, l'unité de soins infirmiers, l'anesthésie, ...

Préparation personnelle

- Soignez bien (les ongles) les mains et les pieds (éventuellement par une pédicure). Des ongles mal coupés, des mycoses ou des fissures sur les mains ou les pieds augmentent le risque d'infection. Le vernis à ongles ou les ongles artificiels ne sont pas autorisés.
- L'utilisation de certains médicaments anticoagulants **DOIT** être arrêtée quelques jours avant l'intervention en consultation avec l'anesthésiste et/ou votre médecin traitant. Ceci afin de limiter la perte de sang pendant l'intervention. L'anesthésiste et/ou votre médecin traitant peuvent prescrire des médicaments de substitution (injections) si nécessaire.
- Arrêtez de fumer. Le tabagisme a un effet négatif sur la cicatrisation des plaies et la croissance osseuse de la prothèse. Consultez votre médecin ou demandez à l'unité de soins si vous avez besoin d'aides telles que des patchs à la nicotine.
- Visite dentaire concernant les caries. Dans le cas d'une opération du dos, il est extrêmement important que vous fassiez traiter vos caries avant l'opération.
- Nous vous conseillons de prendre une douche ou un bain avant l'opération, car il sera plus difficile de se doucher après l'opération.

Adaptations de la maison

- Enlevez les petits tapis non fixés afin de ne pas glisser et fixez tous les fils non fixés.
- Si possible, installez votre salon, votre chambre à coucher, votre salle de bains/toilettes au rez-de-chaussée.
- Si nécessaire, demandez un lit d'hôpital.
- Préparez des repas à l'avance et divisez-les en petites portions que vous pourrez réchauffer plus tard. Vous pouvez également demander que les repas soient livrés à votre domicile par le service social.

04 Qu'est-ce que vous apportez à l'hôpital?

- Votre carte d'identité pour l'enregistrement.
- La carte du groupe sanguin.
- Les formulaires pour l'assurance, la mutualité et l'incapacité de travail.
- Les numéros de téléphone d'au moins 2 personnes de contact qui sont toujours joignables.
- Vos articles de toilette: serviettes, gants de toilette, savon, brosse à dents, dentifrice, vêtements à manches courtes (plus facile pour la perfusion), des vêtements confortables pour la rééducation.
- Des chaussures solides ou pantoufles fermées au talon.
- Vos médicaments à domicile dans l'emballage d'origine.
- Votre dossier préadmission.
- Votre appareil auditif (le cas échéant).
- Votre appareil CPAP (le cas échéant).

05 Que faut-il laisser à la maison?

- De l'argent.
- Des objets précieux.
- Des bijoux.

Mot de code

Dans le cadre de la législation actuelle sur la protection de la vie privée, vous devez fournir un mot de passe lors de votre admission dans le service. Lorsque votre famille contactera notre service, elle devra transmettre ce mot de passe pour obtenir des informations sur votre état de santé.

Informations générales sur la colonne vertébrale: anatomie et fonction

La colonne vertébrale est composée d'un certain nombre de régions anatomiques:

- La colonne cervicale ou épine dorsale (entre la tête et les vertèbres thoraciques)
- La colonne dorsale ou thoracique (entre la colonne cervicale et la colonne lombaire)
- La colonne lombaire ou épine dorsale (entre la colonne dorsale et le sacrum)

Le sacrum fait partie du pelvis. Les vertèbres du sacrum sont des os soudés en un tout.

La colonne vertébrale est constituée d'un total de 33 vertèbres, qui font partie des régions susmentionnées:

- 7 vertèbres cervicales (cervicales : C1 à C7)
- 12 vertèbres thoraciques (dorsales : D1 à D12)
- 5 vertèbres lombaires (lombaires : L1 à L5)
- 5 vertèbres sacrées (sacrées : S1 à S5)
- 3 ou 4 vertèbres du coccyx

La colonne vertébrale a un caractère "segmentaire" (composé de segments ou de liens). Les liens mutuels sont reliés entre eux et se déplacent en relation les uns avec les autres. Le mouvement entre deux vertèbres successives a lieu dans le disque intervertébral (discus) et les articulations des facettes.

Deux vertèbres successives, avec le disque intermédiaire et les articulations des facettes, sont appelées un "segment de mouvement". Le segment de mouvement constitue en quelque sorte la base anatomique ou l'unité de la colonne vertébrale.

La colonne vertébrale a les fonctions suivantes:

- La fermeté et la capacité de charge (corps vertébral et disque)
- Le mouvement (articulations des disques et des facettes)
- La fonction neurologique (moelle épinière et nerfs)

La fusion de la fonction mécanique (jambe, cartilage, articulations) avec la fonction neurologique (moelle épinière et nerfs) est typique pour la colonne vertébrale. Les deux fonctions sont liées l'une à l'autre.

Les muscles et les ligaments contribuent à la fermeté et à la stabilité de la colonne vertébrale. Un bon contrôle musculaire est essentiel pour un bon fonctionnement. La partie lombaire de la colonne vertébrale, en particulier, est soumise à des forces très élevées.

En vue latérale, la colonne vertébrale est en forme de S. Les courbes de cette forme en S sont indiquées par les termes cyphose et lordose:

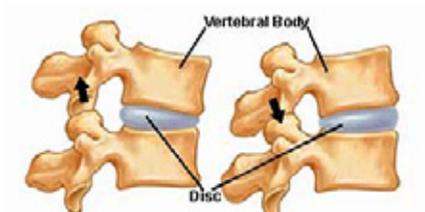
- cyphose : courbure avec le côté convexe vers l'arrière (au niveau de la partie dorsale et sacrée de la colonne vertébrale);
- lordose : courbure avec le côté convexe vers l'avant (au niveau des parties cervicale et lombaire de la colonne vertébrale).



Cette illustration montre l'unité fonctionnelle et anatomique de la colonne vertébrale,

le «motion segment»:

- Deux corps vertébraux consécutifs (corps vertébral) à l'avant avec le disque intervertébral (discus)
- Al'arrière, les articulations des facettes (flèche noire) assurent le mouvement entre les vertèbres



Le disque intervertébral est constitué d'anneaux de cartilage fibreux avec un noyau en forme de gel au milieu. Un disque sain normal est viscoélastique et permet d'amortir les chocs et d'absorber la charge lorsqu'on se tient debout, qu'on est assis, qu'on se déplace, qu'on soulève et qu'on soulève.

07 Les maladies les plus fréquentes

Hernie discale

Lorsqu'une fissure se produit dans les couches externes du disque, le noyau central en forme de gel peut dépasser de cette fissure. Cette protubérance, le caillot ou "champignon", est appelée hernie discale. Une hernie dépasse donc la taille ou le contour normal du disque et peut provoquer une pression sur un ou plusieurs nerfs.

Parfois, une hernie peut se produire en raison d'une surcharge soudaine du dos (par exemple, en soulevant un objet lourd), mais ce n'est pas toujours le cas. Des mouvements répétés ou une exposition chronique à

certaines activités peuvent également donner lieu à une hernie discale. Il est souvent difficile de déterminer la cause exacte.

Il existe différents types de hernies discales: petites ou grandes, situées au milieu du canal nerveux ou plus sur le côté, ascendantes ou descendantes ... Les symptômes causés par une hernie discale dépendent de la forme, du type et de l'emplacement de la hernie discale.

La pression, causée par une hernie discale sur un nerf, donne une douleur rayonnante typique à la jambe et ce, en fonction de l'évolution de ce nerf particulier. Cette douleur rayonnante est appelée "sciatique". Lorsque la qualité du disque est encore assez bonne, il y a généralement relativement peu de douleurs dorsales.

Hernie discale



Dégénération des disques

La dégénération ou l'usure du disque est un phénomène normal lié à l'âge.

Avec l'âge, la plupart des gens subissent un certain nombre de changements au niveau du disque intervertébral. Par exemple, le disque commence à sécher et à s'aplatir. Des fissures peuvent également apparaître dans le disque, éventuellement suivies d'une hernie discale supplémentaire. Cet ensemble de changements est appelé "dégénérescence discale dégénérative".

Toutes les personnes ne sont pas soumises au même degré d'usure. Pour certains, c'est un disque particulier qui s'use, pour d'autres, c'est plusieurs. L'usure d'un disque n'est par définition pas toujours douloureuse, mais elle peut l'être.

L'usure ou la dégénérescence au niveau de la colonne vertébrale se produit à un âge plus jeune que, par exemple, l'usure au niveau d'une hanche ou d'un genou. Cela signifie que les gens peuvent déjà présenter de graves douleurs au dos ou au cou à l'âge de 30 ou 40 ans.

La dégénérescence discale dégénérative a pour conséquence que le disque ne peut pas remplir correctement sa fonction normale de support de poids. En conséquence, la personne se plaindra de douleurs dorsales, notamment lorsqu'elle conduit, s'assoit, se penche, soulève et soulève des objets. Cette douleur peut devenir chronique ou constante, parfois sévère à invalidante.

De la douleur radiante peut également être présente. Cela peut être causé par une hernie supplémentaire ou par l'arthrose. L'arthrose entraîne la formation de nouveaux os (croissance osseuse ou "bassin du perroquet"), ce qui peut entraîner une pression sur un ou plusieurs nerfs.

Sténose vertébrale

Une sténose est un rétrécissement du canal rachidien (le canal dans lequel passent la moelle épinière et les nerfs).

Il y a deux causes principales à ce rétrécissement :

- les dimensions du canal sont (trop) étroites, il s'agit généralement d'un problème congénital;
- un rétrécissement osseux dû à l'usure, c'est la forme liée à l'âge ou acquise.

Une combinaison des deux causes est possible: un canal étroit congénital qui est encore plus rétréci par l'usure.

En général, on se plaint de douleurs dorsales et de douleurs aux jambes (dans une ou deux jambes). Les plaintes peuvent augmenter en marchant. Dans les jambes, la personne ressent des douleurs, parfois une perte de force ou une sensation de lourdeur. Au repos, les plaintes diminueront généralement

Spondylolyse et spondylolisthésis

Dans une vertèbre normale, le devant de la vertèbre (le corps vertébral) est relié à l'arrière de la vertèbre (l'arc vertébral). Dans la spondylolyse, il y a une fissure des deux côtés de la vertèbre par laquelle l'arc vertébral se détache du corps vertébral.

Certains mouvements tels que l'étirement du dos (les athlètes) peuvent donner lieu à cette fissure, qui est une sorte de fracture de la vertèbre.

Lorsque la vertèbre ne reste pas en place mais glisse (généralement vers l'avant), on parle de spondylolisthésis.

08 Interventions

Micro-discectomie

Dans cette intervention, nous retirons la hernie discale au moyen d'un accès limité. Après l'ablation de la hernie, le nerf qui a été pincé est libéré. D'autres causes de pression sur le nerf, telles que la croissance osseuse, peuvent également être éliminées pendant l'intervention.

Nous n'effectuons pas de fixation simultanée. Cela n'est pas nécessaire, car le dos ne sera pas affaibli par la procédure. Pour ce faire, l'anatomie et la stabilité du segment de mouvement affecté doivent encore être bonnes: le disque doit encore être de bonne qualité, il ne doit y avoir ni spondylolisthésis ni instabilité.

Le candidat idéal pour cette procédure a des douleurs aux jambes (sciatique) et peu de douleurs au dos.

Décompression

La décompression consiste à soulager la pression sur les nerfs. Cette pression peut être causée par la croissance osseuse ou par d'éventuelles hernies. Ensuite, nous effectuons une décompression à gauche et à droite sur un ou plusieurs niveaux ou segments de mouvement. Une partie de l'os est retirée sans compromettre la stabilité de la colonne vertébrale. Cette technique est l'une des options disponibles dans le traitement de la sténose spinale (limitée).

Lorsque la sténose vertébrale est très prononcée, il faut parfois retirer plus d'os pour obtenir une bonne décompression des nerfs. Dans ce cas, une fixation ou une fusion simultanée doit avoir lieu.

Fusion lombaire

Dans une opération de fusion, nous visons à relier des vertèbres successives.

Cela a l'avantage :

- par la fixation (avec des vis) le mouvement douloureux est supprimé (la croissance fixe des vertèbres assure que le mouvement ne revient pas);
- on retire plus d'os que lors d'une micro-discectomie ou d'une décompression (les sténoses graves sont également traitées de cette manière);
- la perte de hauteur d'un disque usé peut être réparée. Cela se fait en plaçant ce que l'on appelle des cages entre les vertèbres, au lieu du disque usé;
- le disque est enlevé (dans la plupart des cas, c'est la cause principale des douleurs dorsales chroniques).

La perte de la liberté de mouvement est généralement limitée. Il s'agit souvent d'une fusion d'un ou deux niveaux et non de la colonne vertébrale entière. En outre, nous exploitons les segments touchés dont le mouvement était déjà partiellement perdu.

L'intervention consiste à placer des vis, des os et des cages. Les vis ont une fonction temporaire, elles assurent la stabilité jusqu'à ce que les os se soient solidifiés. Les vis sont reliées entre elles par des plaques ou des tiges. En général, les vis restent en place. Certains patients, cependant, peuvent ressentir des désagréments après une longue période, dans certains cas nous les retirons.

La fixation des vertèbres se fait par les os qui sont placés. En général, le chirurgien utilise l'os, qui a été retiré sur place dans le dos, comme tente osseuse. Si l'on a besoin de plus de matériel, on utilise des substituts osseux (substances qui ressemblent à l'os ou qui tentent de stimuler la production d'os).

Nous ne pouvons pas toujours atteindre notre objectif. Les vertèbres ne se développent alors pas complètement ensemble. La nicotine est l'un des plus grands facteurs de risque à cet égard. C'est pourquoi il est extrêmement important que vous arrêtez de fumer (ou que vous le limitiez autant que possible).

Fusion cervicale (chirurgie du cou)

En cas de hernie ou d'usure du cou, nous effectuons généralement la procédure le long de la face avant du cou. Nous enlevons le disque usé et le remplaçons par une cage remplie d'os ou d'un substitut osseux. Lorsque nous utilisons l'os du patient, nous prenons une rainure du bassin du patient. Les nerfs peuvent également être libérés de cette manière. En outre, nous effectuons parfois une fixation avec une plaque et des vis.

Interventions sur le devant de la colonne vertébrale

Il s'agit de l'accès classique pour la chirurgie du cou, mais les interventions sur la colonne dorsale ou lombaire sont aussi parfois réalisées par l'avant. Par exemple, un disque, mais aussi un corps vertébral entier, peut être enlevé et remplacé par une vertèbre artificielle. Selon le niveau du problème, nous pouvons utiliser une voie d'accès différente. Cela peut être nécessaire, par exemple, pour certaines fractures ou gonflements des vertèbres.

Information supplémentaire

Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site web: www.belgianspinesociety.be (info patient).

Déroulement de la journée d'enregistrement

À votre arrivée à l'hôpital et après vous êtes inscrit à la réception, vous recevrez votre premier bracelet d'identification. Notre unité de soins est situé dans le bloc F, au premier étage, suivez les flèches violettes pour y arriver.

Dans le service, l'infirmière commence les premiers préparatifs. Vous recevrez votre deuxième bracelet d'identification avec votre nom, votre date de naissance, le numéro de la chambre et l'unité de soins. Portez ceci tout au long de votre séjour.

En cas d'admission la veille de l'opération

- Vous pouvez manger et boire normalement jusqu'à minuit.
- Si nécessaire, un test sanguin sera effectué pour vérifier la coagulation ou pour préparer une éventuelle transfusion sanguine pendant ou après la procédure. Cela dépend de l'intervention que vous subissez.
- Remettez les formulaires remplis (assurance maladie, hospitalisation, incapacité de travail) à l'infirmière.
- Votre anamnèse et votre médication seront vérifiées.

En cas d'admission, le jour de l'opération

- Si nécessaire, un test sanguin sera effectué pour vérifier la coagulation ou pour préparer une éventuelle transfusion sanguine pendant ou après la procédure. Cela dépend de l'intervention que vous subissez.
- Vous devrez être à jeun le jour de l'opération. À partir de minuit, vous n'êtes plus autorisé à manger ou à boire quoi que ce soit. Par être à jeun, on entend aussi ne plus fumer, car le tabac a une mauvaise influence sur la croissance des os.
- Remettez les formulaires remplis (la mutualité, hospitalisation, incapacité de travail) à l'infirmière.
- Votre anamnèse et votre médication seront vérifiées.
- Vous recevrez une robe chirurgicale de l'infirmière.

- Vous enlevez vos sous-vêtements pour l'opération.
- Vous enlevez vos prothèses dentaires, lunettes/lentilles de contact et appareils auditifs.
- Vous enlevez vos épingles à cheveux, bijoux, maquillage, piercings. Le vernis à ongles et les ongles artificiels ne sont pas autorisés.
- Les médicaments à domicile ne seront administrés que sur avis de l'anesthésiste ou de l'orthopédiste traitant.
- Retrait du bâton de perroquet au lit du patient.
- Les bas anti-thrombose sont mis avant de partir au bloc opératoire.

10 Après l'opération

Après l'opération, vous resterez un certain temps dans la salle de réveil où vous serez intensivement surveillé et contrôlé pendant les premières heures. Il est possible que vous soyez encore très somnolent à votre arrivée au service de soins.

Au total, vous serez absent de la salle pendant environ 3 à 4 heures. Lorsque vous êtes de retour dans la pièce, votre famille peut toujours vous appeler sur votre téléphone portable. Si nécessaire, ils peuvent nous contacter au 011 69 98 00. L'infirmière demandera toujours le mot de passe.

11

Retour à l'unité de soins

- Vous pouvez boire à votre arrivée dans la chambre, à condition que vous soyez en bon état général.
- Il n'est pas rare que des nausées ou des vomissements surviennent après une opération. On vous donnera les médicaments nécessaires. Si vous avez encore des nausées, signalez-le à l'infirmière dès que possible.
- Pour l'administration de liquides et de médicaments, vous recevez une perfusion. Le long de cette perfusion, la pompe à douleur est également mise en marche (le cas échéant).
- La douleur survient généralement dans les 48 heures suivant l'opération. Si vous avez encore des douleurs, prévenez l'infirmière. L'infirmière spécialisée dans le traitement de la douleur vous rendra également visite pendant les deux premiers jours pour évaluer votre douleur.
- Administration temporaire d'oxygène supplémentaire via des lunettes nasales.
- Une sonde vésicale (pour drainer l'urine de la vessie) est également insérée, en fonction de la procédure.
- Un pansement cicatrisant et imperméable est placé sur la plaie. Ce pansement peut être laissé fermé jusqu'à ce que les sutures soient enlevées, à moins qu'il ne soit sanglant.

12 Les heures et les jours suivants

Une infirmière vous aidera à trouver une position confortable dans votre lit. Pour vous tourner sur le côté, vous recevrez de l'aide et les instructions nécessaires de la part de l'infirmière ou le kinésithérapeute. Lorsque vous tournez, il est important que vous essayiez de garder un dos droit. Pour augmenter encore le confort, nous utilisons des coussins pour vous soutenir. N'hésitez pas à demander de l'aide.

Le premier jour après l'intervention

Il est possible que nous prenions un échantillon de sang pour vérifier. Vous recevrez un repas facilement digestible.

Une infirmière vous aidera pour l'hygiène quotidienne, car vous avez encore beaucoup à faire au lit. Cela dépend bien sûr du type de chirurgie du dos. Avec des procédures mineures du dos, vous pouvez sortir du lit et le soin hygiénique se fait au bord du lit.

Désormais, vous recevrez une injection dans l'abdomen le soir pendant trois semaines pour prévenir les thromboses et les phlébites. Pendant les cinq premiers jours, on vous donnera également un produit de protection de l'estomac.

Le deuxième jour

Nous vous aidons pour les soins d'hygiène au bord du lit. S'ils sont présents, la perfusion et la pompe à douleur sont retirées.

Le deuxième jour, vous serez autorisé à sortir de votre lit et les infirmières et le kinésithérapeute vous guideront dans la poursuite de votre rééducation. Évitez la position assise prolongée. Cependant, la marche et un repos adéquat au lit sont recommandés.

Les jours suivants, vous recevrez des conseils supplémentaires pour réaliser les soins d'hygiène de manière autonome. Vous pouvez à nouveau manger des aliments normaux.

Vous pouvez quitter l'hôpital après 1 à 2 jours si vous avez subi une micro-discectomie ou une fusion cervicale, ou si du matériel d'ostéosynthèse a été retiré.

Pour les autres procédures, un scanner sera effectué le troisième jour pour vérification. Pour ce scanner, vous devez enlever vos bijoux.

Le temps d'admission fluctue entre 2 et 4 jours.

13 Réadaptation

Kinésithérapie

En fonction de l'opération que vous subissez, vous resterez à l'hôpital pendant 1 à 3 jours. Le jour suivant l'opération, le kinésithérapeute vous rendra visite. Il/elle vous guide 1 à 2 jours après l'opération avec vos premiers pas. En fonction de l'opération, le chirurgien vous conseillera de rester assis le moins possible. Alternez entre de courtes promenades et un repos suffisant au lit.

Ce que le kinésithérapeute vous apprendra:

- Des exercices de respiration.
- Des exercices de circulation.
- Adopter une posture confortable et moins douloureuse.
- Transferts dans et hors du lit, de la position assise à la position debout, marche confortable et sûre.
- Utilisation correcte et apprentissage de la contraction des muscles de stabilisation.

Vous recevrez également **une brochure éducative** contenant les informations suivantes:

- Une position correcte assise, debout et couchée.
- Comment effectuer correctement les transferts.
- Des informations sur les activités quotidiennes: lavage, habillage, tâches ménagères, situation de vie et de travail.
- L'adaptation à l'environnement.
- Les moyens d'aide.
- Selon le type d'intervention, les restrictions (ce que vous n'êtes pas autorisé à faire pendant une certaine période) sont clairement indiquées.

Nous vous conseillons de prévoir un lit suffisamment haut dans le salon du rez-de-chaussée lorsque vous rentrez chez vous.

14 Service social

Si nécessaire, l'assistant social vous rendra visite pendant votre hospitalisation pour voir s'il y a des besoins de soins à domicile. Vous pouvez organiser beaucoup de choses vous-même (ou par l'intermédiaire de votre famille) à l'avance:

- les soins infirmiers à domicile;
- kinésithérapeute;
- les services de soins à domicile (par exemple, aide familiale, service de nettoyage, service de repas chauds, ...)
- des aides: par exemple, un lit d'hôpital (si nécessaire, il est préférable de le prévoir avant l'admission).

Vous pouvez contacter ces services vous-même. Si vous avez besoin d'aide pour cela, contactez votre assurance maladie ou le service social de l'hôpital (tél. : 011 69 91 40).

15 Sortie de l'hôpital

Avant votre sortie, vous recevrez des médicaments anti-thrombose à l'hôpital.

Lorsque vous quittez l'hôpital, vous devez toujours être en possession de:

- votre lettre de démission pour votre médecin de famille;
- votre ordonnance pour la pharmacie;
- votre ordonnance pour les soins à domicile;
- la lettre de démission de votre infirmière, sur laquelle sont notés les médicaments et les directives nécessaires;
- les rendez-vous nécessaires pour un contrôle chez votre orthopédiste traitant;
- tout document relatif à votre employeur, votre mutuelle, ...

Dans le cadre du contrôle de qualité, nous vous contacterons par téléphone après votre démission afin d'examiner votre admission et votre démission. Si vous ne souhaitez pas le faire, vous pouvez refuser. Vous pouvez toujours contacter vous-même le service si vous avez d'autres questions: 011 69 98 00.

Questions fréquemment posées lors de la sortie

Comment la plaie est-elle soignée?

Le médecin de famille ou l'infirmière à domicile enlèvera les points de suture 14 jours après l'opération.

Comment prévenir les infections?

Le risque d'infection demeure avec une opération du dos, également à l'avenir. Il est important de prévenir une infection et/ ou de la traiter avec des antibiotiques le plus rapidement possible. En cas de gonflement anormal, de rougeur de la plaie ou lorsqu'elle est chaude au toucher, il est préférable de contacter votre médecin de famille. Il est également préférable de contacter votre médecin de famille si vous avez des problèmes de cicatrisation ou de fièvre.

Est-ce que je prends des anticoagulants (injections)?

Pendant 3 semaines, vous recevrez une injection quotidienne pour réduire le risque de thrombose et de phlébite.

Est-ce que je peux prendre une douche ou un bain?

Il est permis de prendre une douche lorsque la blessure est sèche et recouverte d'un pansement perméable. Un bain peut être pris trois semaines après l'intervention.

Quelles chaussures est-ce que je dois porter?

Il est conseillé de porter des chaussures qui sont attachées au pied et qui ont un talon large. Évitez les talons hauts et les claquettes pendant les trois premiers mois.

Est-ce que je peux conduire la voiture?

Vous n'êtes pas autorisé à conduire une voiture tant que l'orthopédiste traitant ne vous en a pas donné l'autorisation. Il est conseillé de ne pas conduire de voiture pendant les trois premières semaines et de ne pas conduire vous-même pendant les six premières semaines après l'opération.

Le cyclisme et la natation sont-ils autorisés?

Les activités sportives peuvent être reprises en concertation avec votre orthopédiste traitant (au plus tôt six semaines après l'opération).

17 Signaux d'alerte pour la situation domestique

Les complications graves sont rares. Toutefois, dans les cas suivants, vous devez contacter à nouveau notre service:

- blessure mal cicatrisée, en faisant attention au liquide de drainage, à la rougeur et/ou à la chaleur;
- fortement gonflé et douloureux au niveau de la plaie;
- fièvre ($> 38,5^{\circ}$).

Questions?

En premier lieu, contactez votre médecin généraliste. Si votre médecin traitant vous renvoie ou n'est pas disponible, vous pouvez contacter:

unité de soins F1
tél.: 011 69 98 00

secrétariat orthopédique dr. Degraeve/dr. prof. Lauweryns
tél. : 011 33 42 86



Diestersteeweg 100 • 3800 Sint-Truiden
www.sint-trudo.be

Suivez-nous sur   