



Informations concernant Le canal lombaire étroit rétréci

(Prendre sa décision, guide pratique)

Vous souffrez d'un canal lombaire étroit rétréci et le chirurgien consulté vous a proposé une intervention chirurgicale. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

Anatomie

QU'EST-CE QU'UN CANAL LOMBAIRE ETROIT RETRECI ?

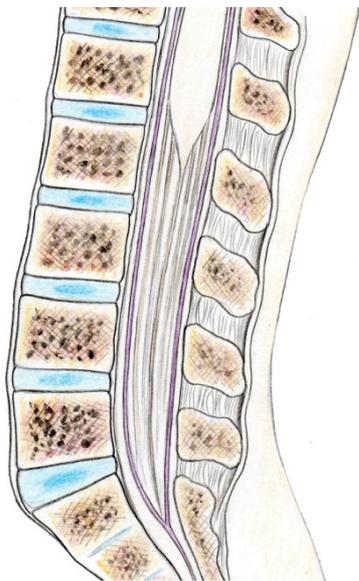
La colonne vertébrale (ou rachis) est constituée de vertèbres, au milieu desquelles se trouve un canal: le canal rachidien. Celui-ci contient la moelle épinière et les nerfs racines nerveuses des nerfs. Au niveau lombaire, la moelle épinière se termine et le canal ne contient plus que les nerfs racines nerveuses des nerfs de la « queue de cheval » qui s'occupent innervent les membres inférieurs et le périnée.

Ce canal est généralement assez large pour contenir sans problème toutes les racines nerveuses. Selon votre constitution ou bien et surtout à cause de phénomènes d'usure naturelle (arthrose avec développement de « becs de perroquets » qu'on appelle ostéophytes), un rétrécissement du canal rachidien (sténose canalaire lombaire ou canal lombaire rétréci) peut survenir.

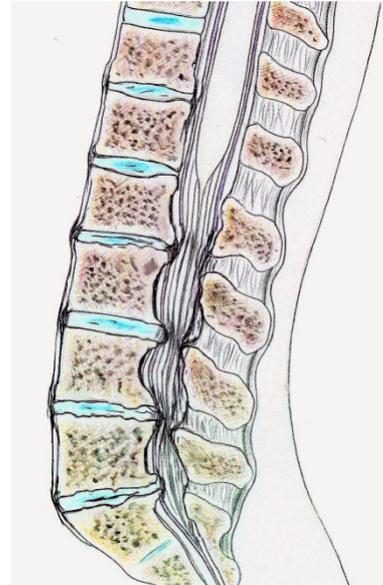
Ce rétrécissement, ou « sténose » du canal rachidien va entraîner une compression des éléments nerveux contenus dans le canal rachidien et être à l'origine des signes suivants :

- Difficultés à la marche : typiquement, au début de la marche tout est normal puis progressivement s'installent des douleurs, une sensation de faiblesse des membres inférieurs, des sensations d'engourdissement, de fourmillement, de picotement des jambes ; l'ensemble de ces signes vont plus ou moins rapidement imposer l'arrêt de la marche. Puis, progressivement, avec le repos, et surtout la position assise, ces sensations disparaissent, les douleurs s'apaisent permettant ainsi de reprendre la marche, mais elles réapparaîtront ensuite après le même délai de marche (c'est la claudication neurogène intermittente).
- Douleurs des membres inférieurs (sciatique) survenant principalement à l'effort mais aussi parfois au repos.
- Douleurs du dos : lombalgie, liée à l'arthrose lombaire.

- La survenue d'une paralysie plus ou moins importante des membres inférieurs ou des fonctions sphinctériennes est théoriquement possible mais rare exceptionnelle.



Canal lombaire normal



Canal lombaire rétréci

Ajouter légende moelle épinière et racines nerveuses.

- L'atteinte siège sauf cas exceptionnel en dessous du disque L1L2. Elle ne peut donc entraîner de paralysie brutale et définitive puisqu'elle siège en dessous de la terminaison de la moelle épinière.

Pourquoi une prise en charge chirurgicale est-elle nécessaire ?

L'objectif de la chirurgie est d'atténuer vos différents symptômes en supprimant la compression des éléments nerveux. Elle a habituellement un effet moins net sur le mal de dos que sur les manifestations ressenties sur symptômes des membres inférieurs.

L'indication chirurgicale repose avant tout sur l'échec du traitement médical, sur la parfaite compréhension de la cause de vos symptômes cliniques et après confirmation par le scanner et/ou l'IRM, voire plus rarement un examen radiologique avec opacification du liquide céphalo-rachidien dans lequel baignent les racines, la sacroradiculographie.

Les autres alternatives et l'évolution sans traitement

LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN DEHORS DE LA CHIRURGIE

Seule l'intervention chirurgicale permet d'élargir le diamètre du canal rachidien. Les symptômes peuvent toutefois être atténués par un traitement médical conservateur : antalgiques, anti-inflammatoires, infiltrations, associés ou non à une rééducation (kinésithérapie, physiothérapie, etc...). L'élément déterminant pour décider d'une intervention est donc la tolérance à cette situation, puisqu'il

n'y a pas de risque de paralysie brutale et définitive puisqu'elle siège en dessous de la terminaison de la moelle épinière.

Il n'y a pas d'inconvénient majeur à attendre, le risque de paralysie est rare et le fait de différer la chirurgie ne modifiera pas le résultat attendu. Il n'y a pas d'urgence chirurgicale et une intervention n'est donc envisagée que quand le patient a eu un traitement médical complet ou s'il présente un des cas suivants Il n'y a pas d'urgence à opérer en dehors des cas suivants :

- Déficit moteur (parésie) (sciatique paralysante),
- Douleur intolérable non soulagée par les morphiniques (sciatique hyperalgique),
- Syndrome de la queue de cheval (troubles de la sensibilité périnéale, dysfonctionnements sphinctériens en particulier urinaires ou anal avec défaut de contrôle sphinctérien.

L'HISTOIRE NATURELLE DU CANAL LOMBAIRE ETROIT

Le rétrécissement du canal lombaire est un phénomène dégénératif et irréversible.

La question d'une opération doit se poser avant que des lésions installées deviennent difficiles à traiter. En opposition avec 5 lignes plus haut : le fait de différer la chirurgie ne modifiera pas le résultat attendu. D'attendre trop avant de discuter d'une intervention n'est pas toujours une bonne solution.

J'enlèverais ce chapitre histoire naturelle du CLE pour celui-ci : l'évolution des symptômes liés au rétrécissement du canal rachidien est difficilement prévisible. Il peut apparaître des poussées douloureuses mais aussi de longues phases de stabilité voire de franches accalmies. Il ne faut donc pas se faire opérer du fait de la crainte de l'évolution à venir de l'invalidité mais bien en fonction de l'état fonctionnel au moment de la prise de décision, alors qu'un traitement médical a bien été suivi.

Le déroulement de l'opération

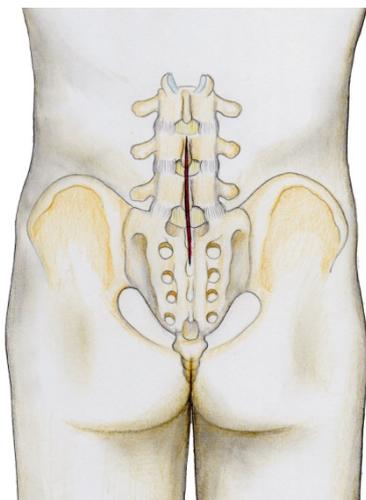
L'ANESTHESIE ET LES GESTES TECHNIQUES

Le but de l'opération est de supprimer la compression des éléments nerveux. Pour cela, il faut retirer une partie des tissus qui obstruent le canal (formations excroissances osseuses, surfaces cartilage articulaire, ligaments, voire une partie des disques intervertébraux).

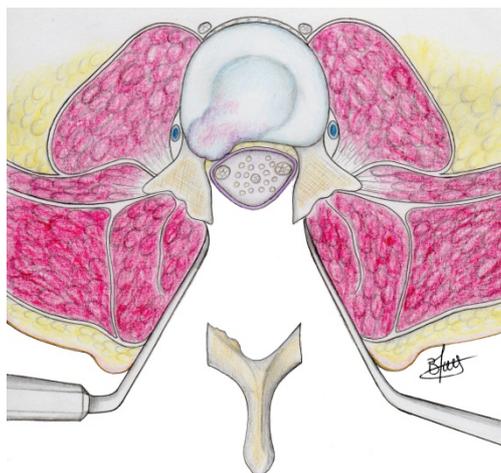
- L'intervention se fera sous anesthésie générale. L'anesthésiste vous en précisera les modalités et les risques. La plupart du temps cette intervention se pratique sur le ventre ou en position genou fléchi. Une sonde urinaire est généralement parfois mise en place dès le début de juste après l'anesthésie pour surveiller la fonction rénale pendant l'opération et/ou éviter un syndrome de rétention urinaire post-opératoire. Un court examen radiologique, pratiqué sur la table d'opération, permet de localiser la partie du canal rachidien rétrécie et de déterminer précisément l'emplacement de l'incision cutanée.

- L'incision cutanée se fait dans le dos, la longueur de celle-ci dépend du nombre d'étages à opérer, de l'éventuel embonpoint de l'opéré et dans les cas très rares de nécessité de fixer les vertèbres

(arthrodèse). Une fois les tissus incisés, le chirurgien écarte les muscles du dos de part et d'autre pour avoir accès au canal. Les actes chirurgicaux peuvent ensuite être différents selon le type de sténose. En fonction du diagnostic, de l'examen clinique et des résultats radiographiques, l'opération va consister à ôter des fragments d'os ou d'articulation de cartilage, de kystes, de ligaments ou une hernie discale un fragment de disque faisant saillie dans le canal. Chaque cas étant différent, les modalités précises de l'intervention vous seront précisées par votre chirurgien.



Incision dans le dos



Libération du canal

Mettre une coupe horizontale normale.

Légende : canal, racines nerveuses....

- Cette libération des éléments nerveux est le geste de base. En fonction de l'importance de la résection osseuse effectuée ou dans certaines situations (présence par exemple d'un glissement, appelé spondylolisthesis, d'une vertèbre par rapport à une autre en préopératoire), il va être nécessaire d'unir, de coller, de fixer 2 vertèbres l'une par rapport à l'autre. Ce geste, en langage chirurgical, est dénommé arthrodèse. Elle implique le plus souvent l'utilisation d'implants (vis, plaques ...etc.) et la réalisation d'une greffe osseuse.

- Parfois, l'existence d'un glissement sur plusieurs niveaux ou un antécédent de chirurgie lombaire va nécessiter la réalisation d'une arthrodèse de plusieurs étages, voire comportant parfois des gestes plus compliqués (greffe osseuse antérieure complémentaire à la place du disque, geste de correction d'une déformation, ostéotomie, etc...) dont les principes et les conséquences vous seront expliqués par votre chirurgien.

LES EVENEMENTS QUI PEUVENT PERTURBER LE BON DEROULEMENT DE VOTRE INTERVENTION

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques éventuels avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Par ailleurs, la chirurgie a ses limites, elle ne permet jamais de refaire aucun organe, aucune articulation, à l'identique de la nature. D'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles), le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu. Un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables.

Enfin, l'anesthésie, qu'elle soit générale, péri-durale, locorégionale ou locale, comporte ses propres risques. Les médecins anesthésistes vous donneront toutes les explications nécessaires lors des consultations préopératoires. De la consultation pré-anesthésie

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles.

leur fréquence varie selon le type d'atteinte du rachis, les modalités pratiques de l'intervention réalisée et votre terrain médical (hypertension, diabète, obésité, problèmes respiratoires, vasculaires ou cardiaques etc...)

IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER.

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix. Il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé. Il est aussi important que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

Il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- en cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- de modification récente de votre traitement habituel,
- de blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre

- anesthésiste,
- d'oubli de rapporter la veille de votre intervention l'ensemble de votre bilan radiographique préalablement réalisé.
 - en cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

LES COMPLICATIONS PENDANT L'INTERVENTION

1°) L'erreur de niveau : on ne vous a pas opéré au bon niveau. C'est pour cela que vous devez impérativement rapporter l'ensemble de votre imagerie (radio, scanner, IRM) sans chercher à faire vous-même le tri. Dans certains cas, votre opération pourra être annulée en cas d'absence du dossier.

2°) Les risques «neurologiques ». C'est le risque de paralysie des membres inférieurs. Quelle que soit l'opération réalisée sur la colonne vertébrale même la plus habituelle, le risque de paralysie n'est pas nul. Ces complications sont rares. Leur récupération est variable. Il peut s'agir d'une simple diminution de force (parésie) voir très rarement une perte complète de force (paralysie) des muscles des orteils mais parfois plus embêtante sévère, avec une atteinte au niveau du pied, de la cheville, du genou et/ou de la hanche. Une difficulté à uriner les premiers jours est classique peut survenir en particulier chez l'homme et peut nécessiter un sondage. Elle régresse quasiment toujours. Très rarement (<1/1000), il peut survenir un syndrome de la queue de cheval comportant une paralysie des sphincters source d'incontinence, et encore plus exceptionnellement une paralysie complète des membres inférieurs et du périnée (paraplégie). La cause n'est pas toujours évidente. La plus fréquente est l'hématome au niveau du site de l'opération qui peut entraîner une compression des nerfs. Dans ce cas, une intervention en urgence est impérative quand apparaît la paralysie pour évacuer l'hématome et lever la compression.

3°) Une fuite du liquide céphalo-rachidien (c'est le liquide dans lequel baignent les nerfs racines nerveuses à l'intérieur de la colonne) est possible surtout lors des opérations où tous les tissus collent entre eux. Elle est due à une déchirure brèche parfois inévitable, de l'enveloppe qui entoure les nerfs appelée dure mère. Le plus souvent elle est sans conséquence ou peut donner des maux de tête transitoires. Elle est plus grave si la fuite s'extériorise et que le liquide sort par la cicatrice. Un risque (très rare) de méningite est alors possible. Une retour consultation en urgence est donc indispensable, en vue d'une ré intervention. Autrement, une poche de liquide peut se former et disparaître toute seule avec le temps. Rarement, il faut l'enlever.

Des paralysies au niveau des bras peuvent survenir lors de l'installation.

4°) D'autres risques exceptionnels ont été décrits :

- Une lésion plaie des gros vaisseaux de l'abdomen (aorte, veine cave) descendant juste devant le rachis peut survenir lors de l'excision du disque. Elle peut entraîner une hémorragie gravissime pouvant être exceptionnellement mortelle. Lors du même geste une plaie des viscères a été décrite.
- Une compression des globes oculaires lors de liée à une installation sur la table opératoire comprimant les yeux peut exceptionnellement donner lieu à une cécité définitive.

Complications à distance de l'intervention

Il existe des risques en rapport avec votre état général, les maladies que vous avez et l'anesthésie. Ils sont donc très variables et vous serez expliqués, au cas par cas, par votre chirurgien, votre médecin anesthésiste et éventuellement le spécialiste de votre maladie. Certains antécédents (malformations, diabète, obésité, artérite, varices, alcoolisme, tabac, toxicomanies, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, particulièrement les anticoagulants ou les anti-agrégants, etc...) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications parfois graves, à l'extrême mortelles. Une transfusion sanguine et le risque de contamination (SIDA, hépatite) est très rare.

LE RISQUE INFECTIEUX

Plusieurs types d'infection sont possibles :

- superficielle, au niveau de la peau. Elle se traite avec des soins locaux.
- plus profonde, au niveau de la graisse ou des muscles. Un nettoyage local est parfois nécessaire associé à des antibiotiques. Les séquelles sont exceptionnelles.
- au niveau de au sein de l'os et du disque réalisant une spondylodiscite. Rare (2/1000) elle peut laisser des séquelles à type de lombalgie. Le traitement consiste à donner des antibiotiques pendant 6 semaines à 3 mois et parfois à ré-opérer pour laver le site chirurgical.
- au niveau des méninges ; très rare mais la plus grave, elle provoque une méningite.

Dans tous les cas, l'infection peut se généraliser et donner une septicémie qui peut être très grave, voire mortelle. C'est très rare chez les patients en bonne santé.

Phlébites, embolies pulmonaires, déstabilisation rachidienne, rétrécissement itératif

Suites habituelles et conditions de vie après la chirurgie

LES SUITES DE L'OPERATION

Elles sont habituellement simples. Elles dépendent surtout des modalités exactes du geste de décompression, de l'habitude des choix pratiques du chirurgien et de vos maladies associées. Le plus souvent :

Le premier lever peut se faire le lendemain de l'opération (sauf brèche durale). Si elle est le plus souvent autorisée tout de suite, la reprise de la position assise peut être différée selon les cas et les chirurgiens. L'hospitalisation est d'environ 3 ou 4 jours parfois plus. Les drains (éventuels) sont retirés au bout d'1 jour ou 2. Vous êtes habituellement capable de monter et descendre des escaliers à la sortie. Les pansements se font à domicile et une ordonnance de médicaments contre la douleur et anticoagulants est faite. La prescription d'une ceinture lombaire est variable. La position assise est le plus souvent autorisée tout de suite. On peut conduire sa voiture au bout d'environ 15 jours à un mois. Une rééducation est souvent parfois prescrite pour renforcer les muscles du dos le plus souvent une fois la cicatrisation obtenue. Les sports, tels la natation et le vélo sont habituellement possibles après un mois. Il faut souvent attendre 3 mois pour faire des sports plus violents ou voir de la compétition.

La date de reprise de travail est variable selon sa pénibilité, la couverture sociale, la motivation et bien sûr le résultat de l'opération. Elle se fait normalement entre 1 et 3 mois après l'opération.

QUELS SONT LES RESULTATS ESCOMPTES ?

Dans 80 à 90% des cas les douleurs sciatiques ou crurales vont progressivement diminuer dès le réveil, autorisant une amélioration du périmètre de marche sans arrêt. Le résultat sur le mal de dos est beaucoup moins bon prévisible, surtout si vous aviez des douleurs lombaires anciennes. En aucun cas, on ne peut donc vous assurer une guérison définitive.

Les difficultés à la marche peuvent mettre plusieurs semaines avant de récupérer, de même que les troubles sensitifs. Ils ne récupèrent parfois qu'incomplètement.

La persistance ou la majoration de la douleur lombaire pose toujours des problèmes difficiles à résoudre. Après un traitement médical complet, et dans quelques cas bien particuliers, une opération d'arthrodèse (blocage de deux vertèbres) peut vous être proposée.

En cas de persistance voir de majoration des douleurs lombaires, une opération d'arthrodèse (blocage de deux vertèbres) peut vous être proposée.

Votre intervention en pratique

1) Préparation à l'intervention:

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste, car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, Plavix, injections d'anticoagulants, Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.
- Les consignes préopératoires :
 - Respectez les consignes que vous a données votre anesthésiste.
 - N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies, scanner, IRM, électromyogramme.
 - Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

2) L'hospitalisation :

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (en particulier toute infection) problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de la douleur, vous seront demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermatographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les

comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

La durée de l'hospitalisation dépend de l'intervention pratiquée, des suites opératoires, de votre état général, mais aussi des conditions de votre retour à domicile.

Bas antithromboses

3) Le retour à domicile :

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé.

L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers comptes rendus de votre chirurgien et de votre anesthésiste, s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

A. cicatrice et fils : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **résorbables** : ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième vingtième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.
- **non résorbables** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils (habituellement à partir du dixième ou quinzième ou vingtième jour postopératoire).

B. Traitement médical

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques)** : habituellement l'intervention soulage la douleur sciatique mais cela peut être différé de plusieurs jours ou semaines. La libération des racines nerveuses peut aussi entraîner des douleurs dites de ré-innervation. Néanmoins, la zone opératoire peut rester sensible quelque temps, ce qui est normal. Des douleurs sont donc assez fréquentes pendant cette période. Votre anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas (douleurs abdominales, nausées, vomissements...), parlez-en à votre médecin traitant.

4) Ce qu'il ne faut surtout pas faire durant les 6 semaines suivant votre opération :

- **Evitez de porter des charges lourdes.**
- **Evitez le sport et les efforts en général.** Menez une vie normale.
- **Evitez de vous pencher en avant pendant la phase de cicatrisation des muscles.**

- **Ne toucher à votre cicatrice.**

5) La rééducation :

- Les habitudes de rééducation varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès et à chaque cas.
- Quoi qu'il en soit, la reprise de la marche et de vos activités habituelles seront reprises progressivement, en fonction de vos sensations.

6) Questions souvent posées par les patients :

- **« Quelle va être la taille de ma cicatrice ? » :**

La taille de la cicatrice est fonction de la technique utilisée et des habitudes du chirurgien. Elle varie également selon le nombre d'étages vertébraux abordés et de l'éventuel embonpoint de l'opéré .

- **« Puis-je m'asseoir après l'intervention ? » :**

L'autorisation de la position assise est variable, en fonction des habitudes du chirurgien.

- **« Puis-je voyager ? » :**

Oui mais il est prudent d'attendre la sixième semaine. Prenez l'avis de votre chirurgien. Attention aux longs voyages, ils favorisent les phlébites et peuvent nécessiter un traitement anticoagulant ou le port de bas de contention. N'hésitez pas à interroger votre médecin traitant.

En avion, dégourdissez-vous les jambes toutes les 2 heures et portez des bas de contention.

- **« Puis-je reprendre le sport ? A partir de quand ? » :**

D'une façon générale, une pratique sportive adaptée à votre état général n'est pas contre-indiquée mais, au contraire, vous sera bénéfique. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien qui saura vous répondre en tenant compte de votre situation.

- **« Devant quels signes dois-je m'inquiéter ? »**

- Une température élevée
- Des frissons répétés
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice
- Des déficits musculaires ou du contrôle sphinctérien d'apparition secondaire
- Une douleur et un gonflement du mollet
- Une oppression respiratoire
- Et d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré ou déplacez vous aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Les coordonnées utiles :

Votre chirurgien : ...

Numéro d'appel d'urgence : ...

Consultation : ...

Secrétariat : ...

Prenez le temps de lire ses informations et n'hésitez pas à demander des explications à

vosre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.

Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.