EUROSPINE

schweizerisches implantat-register
registre suisse des implants
siris

DICTIONNAIRE DES TERMES

V5.0 Juin 2026

Table des matières

1. Objectif du document 2
2. Auteurs 2
3. Destinataires 2
4. Développement ultérieur du document 2
5. Structure des données 3
Admission / Pathologie 3
Spécification de la pathologie principale 4
Maladie dégénérative 4
Spondylolisthésis 5
Fracture pathologique / traumatique 7
Déformation 10
Infection 12
Tumeur 12
Réopération 13
Pathologies supplémentaires 14
Facteurs de risque 15
Chirurgie 19
Implants 22
Mesures chirurgicales et complications 23

1. Objectif du document

Le document explique les termes utilisés dans la structure des données du registre suisse des implants SIRIS Spine, fournit des définitions standardisées et comprend des conseils de codage.

Il n'est pas toujours possible d'éviter de légères divergences entre la terminologie utilisée dans ce document et celle de l'application web, car tant le document que l'application web sont en constante évolution et leurs cycles de développement peuvent différer.

2. Auteurs

Les termes et définitions ont été élaborés par EUROSPINE, l'organisme chargé de la gestion du registre, et approuvés par le comité consultatif scientifique SIRIS Spine.

3. Destinataires

Ce document est destiné à tous les inscrits au registre SIRIS Spine, quelles que soient leur fonction et leurs tâches.

4. Développement ultérieur du document

Le document sera développé davantage si nécessaire. Les développements ultérieurs sont généralement basés sur la demande. En cas de modifications substantielles et lourdes de conséquences apportées au document, la date de publication est choisie avec soin afin de garantir la meilleure qualité possible des données.

Les demandes de modification et les commentaires peuvent être envoyés à tout moment à siris-spine@eurospine.org.

5. Structure des données

Admission / Pathologie

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Date d'admission	[Date]	Date de la première admission à l'hôpital (et non au service).
Pathologie principale	Maladie dégénérative	Modifications pathologiques dues à des processus d'usure liés à l'âge. En cas de **spondylolisthésis dégénératif**, par exemple spondylolisthésis dû à l'usure des facettes sans modifications anatomiques de la pars interarticularis, veuillez sélectionner « **maladie dégénérative** » comme pathologie principale et préciser « spondylolisthésis dégénératif » dans la question « Type principal de dégénérescence ».
	Déformation non dégénérative	Scoliose cliniquement significative ou déviation de l'alignement sagittal sur plus de deux segments qui n'est pas causée par des changements dégénératifs.
	Fracture/traumatisme	Fracture résultant d'un traumatisme sans maladie osseuse pathologique connue ou suspectée. Un traumatisme insuffisant à faible énergie, par exemple une fracture par tassement vertébral résultant d'un changement de position du corps ou au repos, doit être considéré comme une fracture pathologique (voir ci-dessous).
	Fracture pathologique	Fracture due à une maladie osseuse pathologique, telle qu'une tumeur ou l'ostéoporose. Elle survient généralement sans traumatisme adéquat, comme un traumatisme de faible énergie. Un exemple courant est une fracture par tassement vertébral chez un patient âgé présentant une ostéoporose suspectée ou confirmée. Si une maladie osseuse pathologique est diagnostiquée, cette pathologie principale doit être choisie, même si un traumatisme de faible énergie s'est produit (par exemple, une chute).
	Spondylolisthésis (non dégénératif)	Glissement vertébral des vertèbres, y compris un déplacement rotatoire segmentaire (y compris le spondylolisthésis isthmique (également Meyerding 0) dans la spondylolyse).
	Infection	État dû à l'invasion et à la multiplication confirmées (et non suspectées) de micro-organismes pathogènes (selon les critères du Centre pour le contrôle et la prévention des maladies, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).
	Tumeur	Comprend les tumeurs paravertébrales des tissus mous, osseuses et neurogènes de la colonne vertébrale.
	Révision / Réopération	Selon la définition du registre, les réopérations ou révisions sont des interventions chirurgicales ultérieures pratiquées sur le même corps vertébral ou segment, ou sur un corps vertébral ou segment adjacent, pour traiter la même pathologie. Seules les réopérations et révisions liées à l'intervention de référence SIRIS doivent être enregistrées. Cela inclut, par exemple,

		les interventions chirurgicales réalisées parce que l'intervention indexée n'a pas atteint ses objectifs techniques (par exemple, vis mal placée, décompression insuffisante, absence de fusion, etc.) ou cliniques (les objectifs techniques sont atteints mais les symptômes persistent, par exemple fusion réussie mais douleur persistante). Les réopérations électives sont également incluses, par exemple pour le retrait de métal. Le fait que l'opération d'indexation soit ou non enregistrée dans le registre n'a aucune importance pour l'enregistrement des réopérations et des révisions. Les réopérations et les révisions relatives à des opérations d'indexation qui ne concernent pas SIRIS n'ont pas besoin d'être enregistrées.
	Autre...	→ Précisez une autre pathologie si les options de réponse ci-dessus ne la couvrent pas.

Spécification de la pathologie principale

Ces questions servent à améliorer la définition de la pathologie principale et à former des sous-groupes pour une identification ultérieure plus différenciée.

Maladie dégénérative

Le type de dégénérescence **primaire** fait référence au diagnostic dégénératif principal qui est la principale indication du traitement. Une seule réponse est autorisée. En cas de doute, le type de dégénérescence le plus grave doit être sélectionné comme dégénérescence primaire.

Le type de dégénérescence **secondaire** fait référence à tous les diagnostics dégénératifs secondaires associés au diagnostic primaire, mais qui ne constituent pas l'indication principale du traitement.

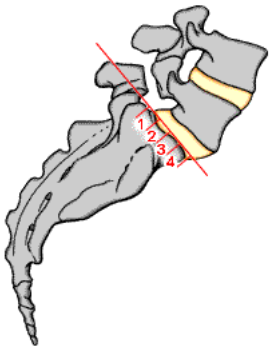
Des patients similaires présentant une combinaison similaire de diagnostics dégénératifs peuvent être traités avec une approche thérapeutique différente. La personne qui effectue l'enregistrement doit s'assurer que la pathologie primaire est l'indication principale du traitement effectué.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Type de dégénérescence	Hernie discale	Protrusion du matériel discal qui est soit toujours relié à l'espace discal (par exemple, un renflement), soit qui s'en est séparé (par exemple, un séquestre ou une extrusion). Pour plus de détails, veuillez cocher « autre » et préciser.
	Sténose centrale ou latérale	Rétrécissement du canal rachidien central ou du récessus par des structures osseuses et ligamentaires avec compression nerveuse consécutive. Les causes possibles comprennent l'hypertrophie du ligament jaune (lig. flavum), la luxation osseuse due à l'élargissement des articulations des facettes (ostéarthrose), la formation d'ostéophytes, le spondylolisthésis dégénératif, une réduction de la hauteur du disque intervertébral ou une protrusion discale. En cas de combinaison d'une sténose spinale et d'un spondylolisthésis dégénératif, l'intervention chirurgicale doit être enregistrée comme un spondylolisthésis dégénératif. Une sténose de récessus doit être enregistrée dans cette catégorie, en tant que sténose centrale ou latérale.
	Sténose foraminale	Rétrécissement du foramen, sténose intraforaminale avec compression de la racine nerveuse.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Spondylolisthésis dégénératif	Spondylolisthésis (également appelé olisthésis) dû à des modifications dégénératives, par exemple spondylolisthésis dû à l'usure des facettes sans modifications anatomiques de la pars interarticularis. Veuillez également préciser le degré de spondylolisthésis.
	Discopathie dégénérative	Dégénérescence du disque intervertébral. Pathologie liée au disque, par exemple perte de hauteur, modifications des plateaux vertébraux, gaz intradiscal, etc. Une dégénérescence discale avancée est généralement associée à une perte de rigidité dans un segment mobile (si pas un spondylolisthésis). Cette catégorie comprend également les modifications dégénératives des articulations facettaires et du segment rachidien, ainsi que la spondylose, la discopathie et/ou l'ostéochondrose.
	Déformation dégénérative	Déformation (également appelée trouble structurel de la colonne vertébrale) de la colonne vertébrale due à des modifications dégénératives, par exemple scoliose, cyphose. Également appelée « de novo », c'est-à-dire une déformation diagnostiquée à l'âge adulte qui n'était pas présente à la fin de la croissance squelettique.
	Myélopathie	Rétrécissement progressif du canal rachidien avec atteinte neurologique.
	Arthrose des facettes articulaires	Spondylarthrose, modifications dégénératives (arthrose) des articulations facettaires.
	Kyste synovial	Sac rempli de liquide qui s'est développé à la suite d'une dégénérescence vertébrale. Les kystes synoviaux proviennent de la dégénération des facettes articulaires et sont le plus souvent observés au niveau de la colonne lombaire (en particulier aux niveaux L4/5 et L5/S1).
	Articulation sacro-iliaque	Dégénérescence de l'articulation sacro-iliaque.
	Autre...	→ Précisez un autre diagnostic dégénératif si les options de réponse ci-dessus ne le couvrent pas.

Spondylolisthésis

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Type de spondylolisthésis (également appelé olisthésis)	Type I (congénital, dysplastique)	Anomalies congénitales du sacrum supérieur ou de l'arc L5, pouvant entraîner une olisthésis.
	Type II (isthmique)	Il s'agit du type le plus courant de spondylolisthésis non dégénératif.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
		La partie interarticulaire (entre les articulations) de l'arc vertébral est uniquement cartilagineuse - non ossifiée - et représente donc un point faible. Une fracture (lyse) de cette partie permet au corps vertébral de glisser. Il existe deux sous-types : 1) Des mouvements répétés de flexion-extension peuvent provoquer une lysis et donc un glissement ; 2) Une fracture guérie causée par un choc externe ou un stress, suivie d'un allongement de l'espace intervertébral, permet le glissement. Cette pathologie est souvent observée chez les patients jeunes, contrairement au spondylolisthésis dégénératif qui touche principalement les patients âgés.
	Type III (dégénératif)	Instabilité intersegmentaire de longue durée. Pour enregistrer un spondylolisthésis dégénératif, sélectionnez « maladie dégénérative » comme pathologie principale et entrez « spondylolisthésis dégénératif » comme type de dégénérescence.
	Type IV (traumatique)	Fracture dans des zones du crochet osseux autres que la pars.
	Type V (pathologique)	Maladie osseuse locale ou systémique.
	Type IV (iatrogène)	En raison d'une instabilité iatrogène. Si cela se produit dans le segment adjacent, sélectionnez « Révision / Réopération » comme pathologie principale et cochez « Pathologie du segment adjacent ».
	Autre...	→ Précisez un autre type de spondylolisthésis.
Degré de spondylolisthésis [Meyerding HW (1932 Spondylolisthesis. Surg Gynecol Obstet 54: 371-377]		L'étendue du spondylolisthésis est décrite selon la classification de Meyerding. Elle est évaluée à l'aide d'une radiographie sagittale (latérale), d'une IRM ou d'un scanner. On distingue les grades I à IV. Si un corps vertébral glisse complètement du corps vertébral sous-jacent, le spondylolisthésis est classé comme grade V, ce que l'on appelle une spondyloptose. 
	Grade I	0 - 25 % Glissement du corps vertébral sur le corps vertébral situé en dessous.
	Grade II	25 à 50 %

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Grade III	50 à 75 %
	Grade IV	75 à 100 %
	Grade V	>100 % = spondyloptose

Fracture pathologique / traumatique

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Type de fracture	Fracture condylienne C0	Fracture condylienne C0.
	Dissociation C0/1	Dissociation C0/1.
	Fracture C1	Fracture C1.
	Instabilité C1/2	Instabilité entre C1 et C2.
	Fracture de la dent C2	Également appelée fracture du processus odontoïde. → Précisez le type de fracture de la dent de l'axis.
	Autre fracture de C2	Fracture de C2 à l'exception des fractures de la dent.
	Fracture C3-C7	Lésions traumatiques ou fractures de la colonne cervicale inférieure comme indication pour la chirurgie sous-jacente (peut présenter des fractures à d'autres endroits).
	Fracture Th1-L5/S1	Fractures traumatiques de la colonne thoracique et lombaire, y compris de la jonction lombo-sacrée, comme indication pour la chirurgie sous-jacente (il peut y avoir des fractures à d'autres endroits).
	Fracture du sacrum	Fracture du sacrum, souvent causée par un traumatisme à haute énergie (comme un accident de voiture ou une chute) ou un stress répétitif.
	Autre...	→ Précisez une autre fracture si les réponses ci-dessus ne la couvrent pas.
Âge de la fracture	Fracture récente (< 28 jours)	Fractures opérées moins de 4 semaines après leur apparition ou leur diagnostic radiologique.
	Fracture ancienne (≥ 28 jours)	Fractures opérées 4 semaines ou plus après leur apparition ou après leur diagnostic radiologique.
Fracture pathologique due à	Ostéoporose	Ostéoporose : maladie systémique progressive du squelette caractérisée par une diminution de la densité minérale osseuse (DMO). Étant donné que de nombreuses fractures pathologiques surviennent dans la fourchette d'ostéopénie de la DMO, cette catégorie doit également être cochée dans les cas d'ostéopénie.

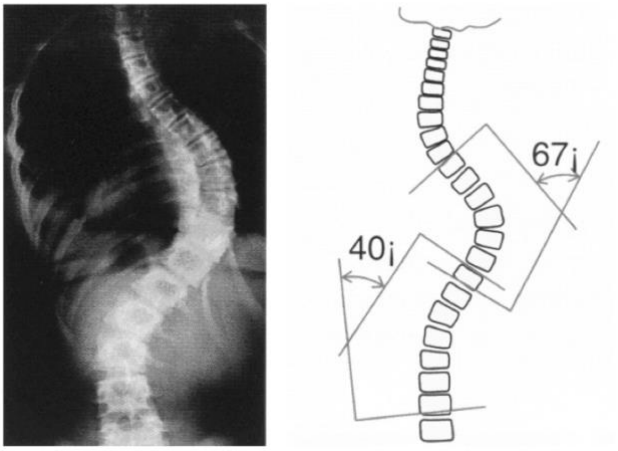
Question	Options de réponse	Explications et définitions
		Indiquez également la classification des fractures vertébrales ostéoporotiques.
	Tumeur	Fracture favorisée, voire causée, par une maladie tumorale. Si nécessaire, précisez également le type et la localisation de la tumeur.
	Autre…	→ Veuillez indiquer une autre cause de fracture pathologique (y compris les causes métaboliques, systémiques ou liées à la prise de médicaments).
Classification [Schnake KJ et al. Global Global Spine J. Septembre 2018 ; 8(2 Suppl) : 46S-49S]	OF1	Aucune déformation ou modification structurelle visible à la radiographie ou au scanner. Oedème de la moelle osseuse qui ne peut être observé uniquement en IRM (par exemple, en séquence STIR).En cas de fractures multiples, veuillez sélectionner le grade OF le plus élevé (lien). Purement morphologique, ce type de fracture est généralement traité de manière conservatrice.
	OF2	Déformation avec atteinte mineure/sans atteinte de la paroi postérieure <1/5, alors qu'un seul plateau vertébral est touché (fracture ostéoporotique 2) (Lien). Purement morphologique, ce type de fracture est souvent traité de manière conservatrice.
	OF3	Fracture par éclatement incomplète. Déformation avec atteinte prononcée de la paroi postérieure > 1/5 et atteinte de la paroi antérieure, alors qu'un seul plateau vertébral est touché (fracture ostéoporotique 3) (Lien). Ce type de fracture peut être instable et s'aggraver.
	OF4	Fracture par éclatement complète avec atteinte des deux plateaux vertébraux. Perte de la structure du cadre (effondrement du corps vertébral, fracture par pincement) (fracture ostéoporotique 4) (Lien). Ce type de fracture est instable.
	OF5	Lésion par distraction et rotation avec ou sans fracture (Lien).
Fracture du dens [Anderson LD, D'Alonzo RT (1974) JBJS-A 56 (8) : 1663-1674.]	I	Fracture par avulsion oblique de l'extrémité de la dent (odontoïde). Généralement stable.
	II	Fracture de la base de la dent (au niveau du tronc de l'odontoïde). Considérée comme instable.
	III	Fracture à la jonction du corps de C2 et du processus odontoïde, pouvant s'étendre aux masses latérales / au corps spongieux de C2. Considérée comme très instable.

Classification AO	Options de réponse	Explications et définitions
C3-L5/S1 Type de fracture AO	Fractures thoraco-lombaires. En cas de fractures multiples, veuillez sélectionner le degré le plus élevé.	
	A0	Fractures mineures, non structurelles : aucune lésion osseuse ou lésion mineure telle qu'une fracture lamellaire isolée ou une fracture de l'apophyse épineuse (Lien).
	A1	Fracture par compression en coin : fracture par compression avec un seul plateau vertébral sans atteinte de la paroi postérieure du corps vertébral (Lien).
	A2	Fracture en fente et en pince (« pince ») avec atteinte des deux plateaux sans atteinte de la paroi postérieure du corps vertébral (Lien).
	A3	Fracture par éclatement incomplète : fracture par éclatement d'un seul plateau vertébral avec participation de la paroi postérieure de la vertèbre (Lien).
	A4	Fracture par éclatement complète : fracture par éclatement ou fracture sagittale impliquant les deux plateaux vertébraux (Lien).
	Lésions par distraction	
	B1	Lésion par flexion ou distraction avec rupture dorsale intra-osseuse (fracture de Chance) ; touche uniquement un corps vertébral (lien).
	B2	Lésion par flexion ou distraction avec déchirure ligamentaire dorsale, avec ou sans atteinte osseuse (Lien).
	B3	Lésion par hyperextension avec déchirure ventrale à travers le disque intervertébral (Lien).
	Lésions par rotation	
	C	Lésion par rotation dans n'importe quel axe - déplacement ou rotation d'un corps vertébral par rapport à un autre dans n'importe quelle direction (Lien).
Lésion neurologique AO	N	Neurologiquement intact.
	N1	Déficit neurologique temporaire qui n'est plus présent au moment de l'examen. Un exemple est un repos-pied transitoire.
	N2	Radiculopathie, c'est-à-dire une irritation ou compression d'une racine nerveuse spinale, provoquant une douleur, un engourdissement, des picotements ou une faiblesse qui irradie de la colonne vertébrale vers des zones telles que les bras, les mains, les jambes ou les pieds, généralement due à une hernie discale ou à une excroissance osseuse.

Classification AO	Options de réponse	Explications et définitions
	N3	Lésion médullaire incomplète, selon la classification de l'American Spinal Injury Association (ASIA), de grade D à B.
	N4	Lésion médullaire complète, selon la classification ASIA de grade A.
	N	État neurologique impossible à évaluer, par exemple patient intubé
Modificateurs AO	Aucun modificateur	Aucun modificateur applicable.
	Modificateurs spécifiques au cas	
	M1	Lésion du complexe capsule-ligament postérieur sans rupture complète.
	M2	Hernie discale critique.

Déformation

La question du type de déformation doit également être traitée dans le cas d'une déformation dégénérative.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Type de défaut	Scoliose	Déformation coronale de la colonne vertébrale d'au moins 10°.  Référence : Cobb, JR Outline for the Study of Scoliosis. Instructional Course Lectures, The American Academy of Orthopaedic Surgeons. Vol. 5, pp. 261-275. Ann Arbor, JW Edwards, 1948
	Cyphose	La Scoliosis Research Society suggère une fourchette de 10 à 40 degrés comme plage normale pour la cyphose entre la plaque terminale supérieure T5 et la plaque terminale inférieure T12.
	Déséquilibre frontal	Désalignement coronal avec un déplacement de C7 par rapport à la ligne verticale sacrale centrale (CSVL) d'au moins 4 cm, mesuré

Question	Options de réponse	Explications et définitions
		sur des radiographies coronales de l'ensemble de la colonne vertébrale (Jackson RP et al, Spine 1994, 19, 1611-1618).
	Déséquilibre sagittal	Déséquilibre de la colonne vertébrale dans le plan sagittal avec une position anormale de l'axe vertical ou des mécanismes compensatoires pathologiques associés (Le Huec et al, Eur Spine J 2019, Volume 28, Numéro 9, pp 1889-1905). Sélectionnez cette catégorie si la ligne verticale sagittale à partir de C7 sur les radiographies de l'ensemble de la colonne vertébrale se trouve à 2 cm ou plus devant ou derrière le sacrum.
	Autre...	→ Indiquez une autre déformation si les options de réponse ci-dessus ne la couvrent pas.
Étiologie prédominante	Idiopathique	Spontanée ou d'origine incertaine ou inconnue.
	Congénitale	Malformation, défaut de segmentation, formation ou mixte.
	Neuromusculaire	Les maladies neuropathiques ou myopathiques désignent des modifications squelettiques, telles que la scoliose ou les contractures, causées par des affections sous-jacentes touchant les nerfs ou les muscles, entraînant une faiblesse, un mauvais contrôle ou une paralysie, perturbant la posture et les mouvements normaux. Les causes courantes comprennent les troubles génétiques (dystrophie musculaire, spina bifida, paralysie cérébrale), les infections ou les maladies auto-immunes, où une défaillance de la communication entre les nerfs et les muscles entraîne une atrophie musculaire progressive, un déséquilibre et des déformations squelettiques qui s'aggravent avec le temps.
	Dégénérative	De novo, dégénérative secondaire.
	Post-traumatique	Causée par un traumatisme ou une fracture. Cette catégorie comprend les déformations iatrogènes post-chirurgicales.
	M. Scheuermann	La maladie de Scheuermann (type I, maladie de Scheuermann « classique ») est une hypercyphose thoracique ou thoraco-lombaire causée par un coincement des vertèbres à l'adolescence. La maladie de Scheuermann atypique (type II, maladie de Scheuermann « lombaire ») touche la colonne lombaire et/ou la transition thoraco-lombaire. Il s'agit d'un trouble de la croissance des corps vertébraux sans coinçage significatif, qui entraîne une perte de la lordose lombaire ou une légère cyphose. Définition : coin d'au moins 5° de trois vertèbres consécutives.
	Autre...	→ Précisez une autre étiologie si les réponses ci-dessus ne la couvrent pas.

Infection

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Type d'infection	Pyogène	Due à des bactéries (non spécifique).
	Tuberculose	Tuberculose.
	Autre…	→ Précisez un autre type d'infection.
	Inconnu	Sélectionnez cette réponse si le type d'infection reste inconnu jusqu'à la sortie.
Structures touchées	Spondylite	Infection des corps vertébraux.
	Discite	Infection du disque intervertébral. Pour la spondylodiscite, sélectionnez spondylarthrite et discite.
	Espace épidural	Espace extradural ou péridural. Espace situé dans le canal rachidien (structures osseuses) à l'extérieur de la dure-mère.
	Infection paravertébrale	Infection des tissus mous paravertébraux (muscles, etc.).
	Autre…	→ Indiquez une autre structure touchée si les réponses ci-dessus ne la couvrent pas.

Tumeur

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Localisation	Tissu mou extra-osseux	La tumeur est située dans les tissus mous, sans toucher les os.
	Intra-osseux	La lésion est limitée à la colonne vertébrale osseuse, sans atteinte d'autres structures.
	Extra-osseux extra-dural	Tissu tumoral situé dans le canal rachidien, extradural sans atteinte osseuse.
	Extra-osseux intra-dural	Situé profondément dans la thèque, sans atteinte osseuse.
	Autre…	→ Indiquez une autre localisation si les réponses ci-dessus ne correspondent pas.
Type de tumeur	Principalement maligne	D'après l'examen histologique. Tumeur cancéreuse qui se développe à partir des structures spinales (le « site primaire ») et qui a la capacité d'envahir les zones voisines et de se propager à des parties éloignées du corps.
	Principalement bénigne	D'après l'examen histologique. Tumeur non cancéreuse qui ne se propage pas à d'autres parties du corps.
	Malignité secondaire	Métastase.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Lésion de type tumoral	Les lésions de type tumoral sont des lésions qui ressemblent à une tumeur à l'échographie (US), à la tomodensitométrie (TDM) ou à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). En règle générale, les lésions tumorales sont décrites comme suit : résultats compatibles avec une lésion de type tumoral, mais pour lesquels un néoplasme ne peut être exclu.
	Autres...	→ Si aucune des réponses ci-dessus ne correspond, indiquez un autre type de tumeur.

Réopération

Question	Options de réponse	Explications et définitions	
Raisons de la réopération chirurgicale	Une autre intervention chirurgicale initialement prévue	Une intervention chirurgicale déjà prévue avant l'opération initiale. Cela inclut, par exemple, la deuxième intervention chirurgicale d'une procédure en deux étapes.	
	Neurocompression	Compression des structures nerveuses avec ou sans déficits neurologiques.	
	Non-consolidation	Échec des os à guérir en une masse solide (appelée consolidation osseuse) au moins six mois après l'opération. Cela entraîne souvent une instabilité, des douleurs et des problèmes nerveux.	
	Instabilité	Mouvement excessif dans un segment de la colonne vertébrale après une intervention chirurgicale, causé par la perte de la capacité de la colonne vertébrale à limiter les mouvements anormaux.	
	Infection superficielle postopératoire	Infection superficielle de la plaie après l'opération qui n'affecte que la surface de la peau et les tissus adipeux sous-jacents.	
	Infection profonde postopératoire	Infection profonde de la plaie (selon les critères du CDC) touchant les tissus profonds (fascia/muscle), les organes, les implants ou les os.	
	Problème de cicatrisation	Cicatrisation retardée ou atypique, quelle qu'en soit la cause sous-jacente. Si une infection est présente en même temps, celle-ci doit être consignée.	
	Mauvaise position de l'implant	Position incorrecte de l'implant.	
	Migration ou descellement de l'implant	Desserrage des vis, frittage de la cage ou migration de l'implant.	
	Rupture de l'implant	Rupture d'une vis, d'une tige, d'une cage ou d'un autre implant.	

Question	Options de réponse	Explications et définitions	
	Défaillance de l'assemblage de l'implant	Échec de l'assemblage d'un implant avec ou sans rupture de l'implant. L'échec d'une cage expansible doit être considéré comme un échec de l'assemblage.	
	Pathologie du segment adjacent	Modifications dégénératives dans le segment voisin de la chirurgie indexée.	
	Retrait du matériel	Retrait de certaines parties ou de la totalité de l'implant.	
	Déséquilibre spinal	Déséquilibre rachidien avec une position anormale de l'axe vertical ou des mécanismes compensatoires pathologiques associés.	
	Fuite de liquide céphalo-rachidien	Fuite de liquide céphalo-rachidien en cas de lésion de la dure-mère.	
	Échec des objectifs thérapeutiques	Les objectifs thérapeutiques n'ont pas été atteints avec l'intervention chirurgicale initiale.	
	Autres...	→ à préciser	

Pathologies supplémentaires

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Pathologies supplémentaires	Maladie dégénérative	Modifications pathologiques dues à l'usure liée à l'âge, constituant une pathologie supplémentaire.
	Déformation non dégénérative	Scoliose cliniquement significative ou déviation de l'alignement sagittal sur plus de deux segments en tant que pathologie supplémentaire.
	Fracture/traumatisme	Fracture de la colonne vertébrale résultant d'un traumatisme en tant que pathologie supplémentaire.
	Fracture pathologique	Fracture de la colonne vertébrale due à une maladie osseuse pathologique telle qu'une tumeur, l'ostéoporose ou similaire en tant que pathologie supplémentaire.
	Spondylolisthésis (non dégénératif)	Glissement vertébral, y compris déplacement rotatoire segmentaire d'origine non dégénérative et comme autre pathologie.
	Inflammation	Inflammation de la colonne vertébrale, également appelée spondylarthrite. Elle s'accompagne souvent de raideurs et de douleurs, et touche le plus souvent la spondylarthrite ankylosante.
	Infection	Affection due à l'invasion et à la prolifération de micro-organismes pathogènes dans la colonne vertébrale, comme autre pathologie.
	Tumeur	Maladie oncologique de la colonne vertébrale comme autre pathologie.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Révision / réopération	Une intervention chirurgicale antérieure liée à l'intervention chirurgicale actuelle. → Indiquez également la raison de la révision /réopération.
	Autre…	→ Précisez une autre pathologie si les réponses ci-dessus ne la couvrent pas.

Facteurs de risque

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Étendue de la chirurgie (segments / corps vertébral)	1	Indiquez le nombre de segments ou de corps vertébraux opérés
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
	10	
	>10	
Nombre d'interventions chirurgicales antérieures sur la colonne vertébrale au niveau du ou des segments identiques ou adjacents	0	Indiquez le nombre d'interventions chirurgicales antérieures sur la colonne vertébrale **au niveau du ou des segments identiques ou adjacents**. Si le diagnostic principal est une nouvelle intervention chirurgicale, il n'est pas possible d'indiquer zéro comme nombre d'interventions chirurgicales antérieures.
	1	
	2	
	3	
	4	
	>4	
- dont dans le(s) même(s) segment(s)	0	Entrez le nombre d'interventions vertébrales antérieures **au niveau du ou des mêmes segments**. Si le diagnostic principal est une nouvelle intervention chirurgicale, le nombre d'interventions chirurgicales précédentes sur le même segment de la colonne
	1	
	2	

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	3	vertébrale ou sur des segments adjacents doit être supérieur à zéro.
	4	
	>4	
- dont sur le ou les segments adjacents	0	Entrez le nombre d'interventions vertébrales antérieures **au niveau du ou des segments adjacents**. Si le diagnostic principal est une révision / réopération, le nombre d'interventions chirurgicales antérieures sur la colonne vertébrale au même niveau ou le nombre d'interventions chirurgicales antérieures sur la colonne vertébrale au(x) segment(s) adjacent(s) doit être supérieur à zéro.
	1	
	2	
	3	
	4	
	>4	
Durée des symptômes de la pathologie principale	<3 mois	Indiquez la durée connue ou, si elle n'est pas connue, la durée la plus probable des symptômes. En cas de combinaison de plusieurs symptômes, indiquez la durée des symptômes qui constituent la base principale de la décision chirurgicale.
	3 à 12 mois	
	>12 mois	
Classification ASIA	A	Complet : aucune fonction sensorielle ou motrice n'est préservée dans les segments sacrés S4-S5.
	B	Incomplet : les fonctions sensorielles sont préservées, mais pas les fonctions motrices en dessous du niveau neurologique ; s'étend aux segments sacrés S4-S5.
	C	Incomplet : la fonction motrice est préservée en dessous du niveau neurologique, mais plus de la moitié des muscles clés en dessous du niveau neurologique ont un grade musculaire inférieur à 3 (c'est-à-dire qu'ils ne sont pas assez forts pour bouger contre la gravité).
	D	Incomplet : la fonction motrice est préservée en dessous du niveau de lésion et la majorité des muscles caractéristiques en dessous du niveau neurologique ont une force musculaire supérieure ou égale à 3.
	E	Normal : les fonctions sensorielles et motrices sont normales.
Taille (cm)	[un nombre compris entre 50 et 280]	Taille en centimètres.
Poids (kg)	[un nombre compris entre 4 et 399]	Poids en kilogrammes.
IMC	[sera calculé automatiquement]	Classification du poids selon l'OMS : Insuffisance pondérale : <18,5 kg/m^2 Poids normal : >18,5 - <25 kg/m^2

Question	Options de réponse	Explications et définitions
		Surpoids : 25 - <30 kg/m^2 Obésité : ≥30 kg/m^2
Fumeur actif	Oui	Une personne qui fume actuellement de manière régulière OU un fumeur occasionnel actuel (nombre de jours inconnu au cours du mois dernier). Le tabagisme comprend la consommation de produits contenant de la nicotine et de produits similaires.
	Non	Une personne qui ne fume pas actuellement (qui n'a jamais fumé ou qui a arrêté de fumer).
	Inconnu	Statut tabagique inconnu.
État de morbidité (ASA)	ASA 1 (en bonne santé)	Patient normal, en bonne santé.
	ASA 2 (déficience mineure)	Patient atteint d'une maladie générale bénigne, par exemple un diabète léger, une hypertension ou une anémie.
	ASA 3 (atteinte grave)	Patient atteint d'une maladie générale grave, par exemple angine de poitrine ou infarctus du myocarde guéri.
	ASA 4 (maladie mortelle)	Patient atteint d'une maladie générale grave qui représente une menace permanente pour la vie, par exemple insuffisance pulmonaire, hépatique, rénale ou endocrinienne avancée.
	ASA 5 (moribond)	Patient moribond (en phase terminale) qui a peu de chances de survivre sans une intervention chirurgicale vitale, par exemple traumatisme cérébral avec augmentation de la pression intracrânienne, anévrisme abdominal rompu avec choc profond, embolie pulmonaire massive.
Objectif thérapeutique	Soulagement de la douleur axiale	Objectif de l'intervention chirurgicale : soulager les douleurs dorsales/cervicales.
	Soulagement de la douleur périphérique	Objectif de l'intervention chirurgicale : soulager les douleurs dans les bras/jambes, y compris les douleurs fessières.
	Amélioration fonctionnelle	Objectif de la chirurgie : améliorer la fonction de la colonne vertébrale dans son ensemble ou de segments individuels de la colonne vertébrale. Par exemple, capacité à marcher sur de plus longues distances, plus grande mobilité, amélioration de la capacité à travailler (à la maison et au travail), amélioration des capacités sportives.
	Amélioration motrice	Objectif de l'intervention chirurgicale : amélioration de la fonction neurologique et motrice, par exemple la fonction musculaire des jambes/bras.
	Amélioration sensorielle	Objectif de l'intervention chirurgicale : amélioration de la fonction sensorielle neurologique par rapport à la

Question	Options de réponse	Explications et définitions
		situation initiale, par exemple restauration de la sensibilité.
	Amélioration de la fonction vésicale/sexuelle	Objectif de l'intervention chirurgicale : améliorer les fonctions vésicale et sexuelle.
	Stabilisation de la colonne vertébrale	Objectif de l'intervention chirurgicale : stabiliser et/ou fusionner les segments vertébraux.
	Arrêt de la progression de la déformation	Objectif de la chirurgie : empêcher la progression de la déformation vertébrale.
	Décompression prophylactique	Objectif de l'intervention chirurgicale : décompression prophylactique/préventive afin d'éviter le développement d'une neurocompression.
	Amélioration esthétique	Objectif de la chirurgie : améliorer l'apparence physique du patient.
	Mesures diagnostiques	L'objectif de l'intervention chirurgicale est une procédure diagnostique (par exemple une biopsie) visant à exclure une pathologie suspectée.
	Autre…	→ Précisez un autre objectif si les réponses ci-dessus ne le couvrent pas (par exemple, correction d'une déformation).
Anesthésie	Locale	Anesthésie locale d'une petite zone spécifique du corps.
	Spinale	L'anesthésie rachidienne (ou bloc rachidien) est un type d'anesthésie régionale dans lequel un anesthésique local, souvent associé à un opioïde, est injecté dans l'espace sous-arachnoïdien, la zone remplie de liquide qui entoure la moelle épinière dans le bas du dos. Ce type d'anesthésie est couramment utilisé pour la restauration de la hauteur vertébrale avec ou sans augmentation du corps vertébral, c'est-à-dire la vertébroplastie ou la cyphoplastie.
	Générale	L'anesthésie générale, qui est un état temporaire d'inconscience contrôlée induit médicalement, dans lequel le patient ne ressent aucune douleur, n'a aucun souvenir (amnésie) et ne peut être réveillé, est obtenue à l'aide de médicaments anesthésiques (injectés ou inhalés) qui bloquent les signaux de douleur et les réflexes.

Chirurgie

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Date de l'intervention chirurgicale	[JJ/MM/AAAA]	Date à laquelle le/la patient·e a subi l'intervention chirurgicale, au format jj/mm/aaaa.
Nom du chirurgien	[Menu déroulant]	Nom du/de la chirurgien·ne qui a pratiqué l'intervention (dans le menu déroulant). Tou·te·s les chirurgien·ne·s enregistré·e·s dans le service concerné y apparaissent. L'attribution de l'opération au chirurgien permet d'obtenir un aperçu statistique de toutes les opérations qu'il ou elle a réalisées.
Qualification du chirurgien	Certifié et/ou spécialisé	L'opérateur principal est un spécialiste et pratique l'intervention chirurgicale à sa propre discrétion.
	En formation et/ou formé	Le premier opérateur est en formation ou a reçu des instructions pour l'opération.
Composant	Oui - enregistrement minimal (par fabricant et marque)	Active le sous-formulaire « Implant » pour enregistrer le fabricant et la marque de l'implant.
	Oui - enregistrement détaillé (par numéro de catalogue)	Active le sous-formulaire « Implants » pour enregistrer les implants à l'aide du numéro de catalogue (correspond également au numéro d'article ou au numéro de produit). Le numéro de lot (correspond au numéro LOT ou LOS) de l'implant peut également être enregistré de manière facultative.
	Non - pas de nouveaux implants	Aucun nouvel implant n'est inséré.
Accès antérieur / latéral	Pas d'accès antérieur ou latéral	Pas d'accès antérieur ou latéral.
	Transoral	Accès transoral.
	Antérolatéral	Accès antérolatéral. Pour une chirurgie cervicale, cette approche est applicable jusqu'à C6/7. Pour un niveau cervico-thoracique, coder « approche antérolatérale cervico-thoracique ». Pour une chirurgie lombaire, cette approche doit être utilisée pour l'OLIF.
	Latéral	Accès latéral. Au niveau de la colonne lombaire, il passe généralement par le muscle psoas ou le long de celui-ci.
	Antérolatéral cervico-thoracique	Approche antérolatérale cervico-thoracique.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Thoracotomie	Thoracotomie, qui consiste en une incision chirurgicale dans la poitrine pour une intervention chirurgicale sur les vertèbres T4-T11.
	Rétropéritonéale	Approche antérieure sans incision du péritoine.
	Thoracoscopie	Procédure endoscopique.
	Autre…	→ Précisez un autre accès antérieur.
Approche postérieure	Pas d'approche postérieure	Aucune approche postérieure n'a été utilisée.
	Ligne médiane	Approche postérieure par la ligne médiane. C'est de loin l'approche postérieure la plus fréquente.
	Paramediane	Incision paramédiane, qui consiste en une incision chirurgicale verticale pratiquée à environ 2 à 5 centimètres sur le côté (latéral) de la ligne médiane, plutôt que directement sur celle-ci. L'approche de Wiltse est une approche paramédiane.
	Percutané	Accès percutané, où les instruments sont insérés à travers la peau via de petites ponctions ou incisions pour traiter les affections de la colonne vertébrale, évitant ainsi les grandes incisions et la dissection musculaire extensive.
	Autre…	→ Précisez un autre accès postérieur.
Technologie	Conventionnelle	La chirurgie ouverte traditionnelle consiste généralement en une incision cutanée avec dissection des muscles. Elle peut être associée à d'autres technologies si celles-ci sont utilisées. La chirurgie ouverte peut impliquer une imagerie 3D peropératoire. Elle peut être associée à une chirurgie rachidienne mini-invasive à un autre niveau rachidien (comme la mise en place guidée de vis pédiculaires thoraciques parallèlement à la mise en place ouverte de vis pédiculaires lombaires).
	MISS/LISS	MISS : chirurgie rachidienne mini-invasive impliquant généralement une incision plus petite que la chirurgie ouverte traditionnelle, utilisant généralement des outils spécialisés, des caméras (endoscopes) et parfois la robotique, ce qui entraîne moins de lésions tissulaires, une douleur réduite, une récupération plus rapide et des séjours hospitaliers plus courts. LISS : chirurgie rachidienne moins invasive, occupant une position intermédiaire entre la chirurgie ouverte traditionnelle et la chirurgie mini-invasive. Un exemple de ce type de technologie est la stabilisation rigide percutanée. Un autre exemple est la chirurgie ALIF ou XLIF réalisée avec une approche MISS.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Imagerie 3D peropératoire	Imagerie de la colonne vertébrale pendant l'intervention chirurgicale à l'aide d'appareils capables de générer des images axiales, coronales et sagittales similaires à une reconstruction par tomodensitométrie.
	Endoscope	Un endoscope a été utilisé. Il s'agit d'un tube fin et lumineux muni d'une caméra, utilisé en chirurgie mini-invasive pour visualiser et traiter des problèmes rachidiens tels que des hernies discales ou des sténoses à travers de minuscules incisions.
	Navigation robotique	Une navigation robotique a été utilisée. Il s'agit d'une technologie robotique assistée par ordinateur qui guide les chirurgiens lors d'opérations complexes de la colonne vertébrale, améliorant la précision, la visualisation (souvent en 3D) et le contrôle pour des procédures telles que la fusion vertébrale ou l'instrumentation.
	Autre navigation	Une navigation différente de la navigation robotique a été utilisée (comme O-arm, Airo CT, réalité augmentée, fluoroscopie et autres technologies similaires).
	Microscope	Un microscope a été utilisé.
	Neuromonitoring	Surveillance neurophysiologique peropératoire (IONM) ou neuromonitoring peropératoire pour surveiller l'intégrité fonctionnelle de certaines structures neuronales. Il est souvent utilisé dans la chirurgie pédiatrique et adulte des déformations, les chirurgies du rachis cervical et les chirurgies de spondylolisthésis de haut grade.
	Autre...	→ Précisez une autre technologie.
Perte sanguine	Inconnue	Non documentée ou inconnue.
	<100 ml	Correspond à un volume de perte sanguine mesuré ou estimé allant jusqu'à 100 millilitres ou arrondi à 100 millilitres.
	100 - 500 ml	Correspond à une perte de sang comprise entre 100 et 500 millilitres, mesurée ou estimée.
	500 - 1000 ml	Correspond à une perte de sang comprise entre 500 millilitres et 1 litre, mesurée ou estimée.
	1000 - 2000 ml	Correspond à une perte sanguine comprise entre 1 et 2 litres, mesurée ou estimée.
	>2000 ml	Correspond à une perte sanguine supérieure à 2 litres, mesurée ou estimée.
Durée de l'intervention chirurgicale	<1 h	Indiquez la durée de l'intervention chirurgicale, de l'incision à la suture.
	1 à 2 heures	

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	2 à 3 heures	
	3 à 4 heures	
	4 à 5 heures	
	5 à 6 heures	
	6 à 8 heures	
	8 à 10 heures	
	>10 heures	
Transfusion sanguine	Aucune	Aucune transfusion sanguine pendant l'intervention chirurgicale.
	< 2 unités	Transfusion sanguine de moins de deux unités pendant l'intervention chirurgicale.
	>= 2 unités	Transfusion sanguine de deux unités ou plus pendant l'intervention chirurgicale.
	Cell Saver	Utilisation du Cell Saver pendant l'intervention chirurgicale.

Implants

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Fabricant	[tiré du catalogue]	Nom du fabricant.
Nom de marque	[extrait du catalogue]	Le nom de la marque de l'implant est une mention obligatoire dans l'enregistrement minimal de l'implant.
Description	[à partir du catalogue]	Il est automatiquement chargé à partir du catalogue lorsque l'implant est sélectionné dans le catalogue. Il peut être utilisé pour rechercher des implants. Si un implant n'est pas disponible dans le catalogue, veuillez cliquer sur « Demander l'implant manquant » et nous communiquer les informations dont vous disposez. Nous ajouterons alors l'implant au catalogue en collaboration avec le fabricant.
Numéro de catalogue	[à partir du catalogue]	Il est automatiquement chargé à partir du catalogue lorsque l'implant est sélectionné ou scanné à partir du catalogue. Une saisie manuelle du numéro de catalogue peut être utilisée pour une recherche unique de l'implant. Si un implant n'est pas disponible dans le catalogue, veuillez cliquer sur « Demander l'implant manquant » et nous communiquer les informations dont vous disposez. Nous ajouterons alors l'implant au catalogue en collaboration avec le fabricant.

Numéro de code-barres (GTIN)	[sera scanné]	Premier code-barres ou code QR principal situé sur l'autocollant de l'implant. Le code peut être scanné à l'aide d'un lecteur de codes-barres.
Code-barres supplémentaire (si disponible)	[sera scanné]	(s'il est présent sur l'autocollant de l'implant) Deuxième code-barres ou code QR secondaire. Le cas échéant, ce code contient le numéro de série, le numéro de lot (également appelé numéro LOT ou LOS) et d'autres informations qui peuvent être lues à l'aide d'un scanner.
Numéro LOT	[sera scanné ou spécifié manuellement]	Le numéro de lot est également appelé numéro LOS ou LOT. Il sert à identifier une quantité spécifique de produits et ne doit pas être confondu avec le numéro de série, qui est un numéro unique attribué à chaque produit. Si disponible, ce numéro figure sur l'autocollant de l'implant et peut être scanné à l'aide d'un lecteur de codes-barres ou saisi manuellement. Vous n'êtes pas obligé de le saisir. Cependant, il peut être très utile pour identifier les patients concernés lors de rappel d'implants.

Mesures chirurgicales et complications

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Précisez la décompression	Aucune	Pas de décompression.
	Discectomie partielle/totale	Excision partielle ou totale d'un disque intervertébral. Elle s'accompagne souvent d'une flavectomie. Ce type de décompression a toujours lieu dans le cadre d'une fusion intervertébrale (ALIF, OLIF, XLIF, TLIF, PLIF et autres arthrodèses intervertébrales), d'une discectomie cervicale antérieure et d'une arthrodèse (ACDF) ainsi que dans le cadre d'une chirurgie de prothèse intervertébrale cervicale et lombaire. Une discectomie partielle ou totale doit être codée pour une hernie discale et si une annulotomie ou une nucléotomie a été pratiquée. Pour la résection d'un séquestre, cochez la case « séquestrectomie » ci-dessous.
	Laminotomie	Résection partielle ou ouverture du canal rachidien à travers la lame. Le « rafraîchissement » et le ciselage de la lame doivent également être codés comme laminotomie.
	Hémilaminectomie	Ablation d'un côté de la lame vertébrale.
	Laminectomie	Ablation de l'arc postérieur d'une vertèbre.
	Facettectomie partielle	Résection partielle d'une articulation facettaire d'un côté ou des deux côtés.
	Facettectomie totale	Résection totale d'une articulation facettaire d'un côté ou des deux côtés.
	Résection d'un kyste synovial	Coder cette catégorie si un kyste synovial a été réséqué. Dans ce cas, et si la pathologie principale est une maladie

Question	Options de réponse	Explications et définitions
		dégénérative, s'assurer que le kyste synovial a été spécifié sous le type primaire ou secondaire de maladie dégénérative.
	Séquestrectomie	Résection d'un séquestre, qui est un fragment de disque qui s'est séparé du reste du disque intervertébral.
	Foraminotomie	Résection osseuse / élargissement des foramina.
	Uncoforaminotomie	Une uncoforaminotomie de la colonne cervicale, est une technique chirurgicale visant à élargir le foramen. Ce type de décompression est réalisé via une approche antérolatérale sur la colonne cervicale.
	Autre...	→ Précisez une autre décompression pertinente.
Étendue de la chirurgie - décompression	C0/C1 ou C0, C1/2 ou C1, C2/3 ou C2, C3/4 ou C3, C4/5 ou C4, C5/6 ou C5, C6/7 ou C6, C7/Th1 ou C7, Th1/2 ou Th1, Th2/3 ou Th2, Th3/4 ou Th3, Th4/5 ou Th4, Th5/6 ou Th5, Th6/7 ou Th6, Th7/8 ou Th7, Th8/9 ou Th8, Th9/10 ou Th9, Th10/11 ou Th10, Th11/12 ou Th11, Th12/L1 ou Th12, L1/2 ou L1, L2/3 ou L2, L3/4 ou L3, L4/5 ou L4, L5/S1 ou L5, S1, sacrum (S2-5), coccyx, ilium	Cochez tous les segments ou corps vertébraux traités.
Précisez la fusion	Aucune	Pas de fusion.
	Fusion intersomatique A-IF	Fusion intervertébrale par voie antérieure. Elle comprend la fusion intersomatique lombaire et cervicale antérieure. La fusion intersomatique lombaire antérieure est généralement réalisée par voie rétropéritonéale.
	Fusion intersomatique OLIF	OLIF = fusion intervertébrale lombaire oblique, qui est une fusion intervertébrale lombaire par voie antérolatérale.
	Fusion intersomatique PLIF	PLIF = fusion intervertébrale lombaire postérieure, qui est une fusion intervertébrale lombaire par voie postérieure. Elle s'accompagne généralement d'une laminotomie.
	Fusion intersomatique TLIF	TLIF = fusion intervertébrale lombaire transforaminale, qui est une fusion intersomatique lombaire transforaminale par voie postérieure. La TLIF est généralement associée à une laminotomie, une résection partielle des facettes articulaires et une foraminotomie.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Fusion intersomatique XLIF	XLIF = fusion intervertébrale latérale extrême, qui est une fusion intervertébrale lombaire réalisée par voie latérale.
	Autre fusion intervertébrale	Une fusion intersomatique autre que A-IF, OLIF, PLIF, TLIF et XLIF.
	Fusion postéro-latérale	Application postéro-latérale du matériau de fusion.
	Fusion postérieure	Application postérieure du matériau de fusion.
	Fusion avec corpectomie	Résection du corps vertébral et remplacement par une cage et/ou une autogreffe/allogreffe.
	Autre...	→ Précisez une autre fusion.
Étendue de la chirurgie - Fusion	C0/C1 ou C0, C1/2 ou C1, C2/3 ou C2, C3/4 ou C3, C4/5 ou C4, C5/6 ou C5, C6/7 ou C6, C7/Th1 ou C7, Th1/2 ou Th1, Th2/3 ou Th2, Th3/4 ou Th3, Th4/5 ou Th4, Th5/6 ou Th5, Th6/7 ou Th6, Th7/8 ou Th7, Th8/9 ou Th8, Th9/10 ou Th9, Th10/11 ou Th10, Th11/12 ou Th11, Th12/L1 ou Th12, L1/2 ou L1, L2/3 ou L2, L3/4 ou L3, L4/5 ou L4, L5/S1 ou L5, S1, sacrum (S2-5), coccyx, ilium	Cochez tous les segments présentant une fusion.
Matériau de fusion	Aucun	Aucun matériau de fusion utilisé.
	Os autologue prélevé	Os autologue prélevé à un autre endroit du corps du patient, tel que la crête iliaque.
	Os autologue prélevé localement	Os autologue qui s'accumule localement pendant la décompression vertébrale, y compris une résection costale.
	Os allogénique	L'os allogénique est un tissu osseux transformé provenant d'un donneur humain (cadavre) utilisé comme support pour la croissance de l'os du patient, avec (par exemple Vivigen) ou sans cellules osseuses vivantes (par exemple, matrice osseuse déminéralisée).
	Remplacement osseux	Os synthétique sans composants actifs tels que des protéines, des hormones ou facteurs de croissance. MagnetOs en est un exemple.
	BMP ou similaire	Un produit synthétique contenant des protéines morphogénétiques osseuses ou d'autres facteurs de croissance.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
		InductOs en est un exemple.
	Autres...	→ Précisez un autre matériau de fusion.
Spécifier une stabilisation rigide	Vis pédiculaires cimentées	Stabilisation à l'aide de vis pédiculaires renforcées par des matériaux synthétiques qui augmentent les propriétés biomécaniques des vis pédiculaires (par exemple, polyméthacrylate de méthyle ou phosphate de calcium). Généralement considérée comme une stabilisation rigide postérieure (colonne postérieure).
	Vis pédiculaires non cimentées	Stabilisation à l'aide de vis pédiculaires non renforcées, qui sont des vis rachidiennes spécialisées placées dans les pédicules vertébraux. Généralement considérée comme une stabilisation rigide postérieure.
	Cage	Implant médical creux appelé cage et utilisé dans la chirurgie de fusion vertébrale pour remplacer un disque endommagé. Il s'agit généralement d'une fusion intersomatique (ACDF, ALIF, OLIF, XLIF, TLIF, PLIF).
	Plaques	Stabilisation à l'aide de plaques. Cette technique est généralement considérée comme une stabilisation rigide antérieure, les plaques pouvant être fixées à la face antérieure ou latérale du corps vertébral.
	Vis facettaires	Vis traversant une ou plusieurs articulations facettaires.
	Vis iliaques	Vis postérieures implantées depuis l'épine iliaque postéro-supérieure vers l'épine iliaque antéro-inférieure.
	Vis S2-Ala-Iliaques	Vis pour fusion vertébrale qui ancrent la colonne vertébrale au bassin.
	Vis massales latérales	Vis traversant une ou plusieurs articulations facettaires de la colonne cervicale, généralement indiquées pour les niveaux C3-7.
	Vis transarticulaires C1-C2	Stabilisation à l'aide de vis transarticulaires traversant l'articulation C1-C2 par une approche postérieure, également connue sous le nom de Goel-Harms-Plastik. Les vis sont insérées à partir de l'arrière de la vertèbre C2 à travers les articulations facettaires dans la vertèbre C1.
	Vis C2 Pars/isthmique	Utilisation de vis C2 Pars/isthmique, qui sont des vis rachidiennes spécialisées pour la stabilisation et l'ancrage dans la pars interarticularis (isthme) de la vertèbre C2.
	Crochet laminaire	Stabilisation à l'aide de crochets supra- ou infralaminaires reliés à des tiges. Stabilisation rachidienne par voie postérieure.
	Crochet pédiculaire	Stabilisation à l'aide de crochets pédiculaires reliés à des tiges. Stabilisation rachidienne par voie postérieure.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Bande/fil sous-laminaire	Utilisation d'une bande/d'un fil sous-laminaire.
	Vis odontoïde(s)	Stabilisation cervicale antérieure à l'aide d'une ou plusieurs vis odontoïdes.
	Vis laminaires	Fixation par vis translaminaire (TLFS). Stabilisation rachidienne par voie postérieure.
	Ciment	Utilisation de ciment pour renforcer la stabilisation.
	Autres...	→ à préciser
Étendue de la chirurgie - Stabilisation rigide	Même étendue que pour la fusion, C0/C1 ou C0, C1/2 ou C1, C2/3 ou C2, C3/4 ou C3, C4/5 ou C4, C5/6 ou C5, C6/7 ou C6, C7/Th1 ou C7, Th1/2 ou Th1, Th2/3 ou Th2, Th3/4 ou Th3, Th4/5 ou Th4, Th5/6 ou Th5, Th6/7 ou Th6, Th7/8 ou Th7, Th8/9 ou Th8, Th9/10 ou Th9, Th10/11 ou Th10, Th11/12 ou Th11, Th12/L1 ou Th12, L1/2 ou L1, L2/3 ou L2, L3/4 ou L3, L4/5 ou L4, L5/S1 ou L5, S1, sacrum (S2-5), coccyx, ilium	Cochez tous les segments traités ou corps vertébraux inclus dans l'intervention de stabilisation rigide. Cochez la case « Même étendue que pour la fusion » si la stabilisation rigide a été réalisée sur les mêmes corps vertébraux et/ou segments que la fusion.
Spécifier la correction de la déformation	Aucune	Aucune correction de déformation.
	Ponte / Smith-Petersen	Ostéotomie en coin de fermeture de la colonne postérieure appliquée à un segment mobile impliquant l'ablation d'une partie des lames adjacentes, des facettes et du ligament jaune afin de corriger les déformations de la colonne vertébrale (figure 5 dans l'article lié). Correspond à une ostéotomie de grade II selon Schwab. Également appelée ostéotomie en chevron ou ostéotomie des facettes articulaires.
	PSO	Ostéotomie par soustraction pédiculaire (figure 5 dans l'article lié). Ostéotomie avec coin de fermeture sur la colonne postérieure, réalisée avec (au moins) l'ablation partielle du corps vertébral, des deux lames adjacentes, des pédicules de la vertèbre affectée, des facettes articulaires et du ligament jaune afin de corriger les déformations de la colonne vertébrale. Correspond à une ostéotomie de grade III selon Schwab ou de grade IV selon Schwab si le disque intervertébral est également retiré. Cette ostéotomie est typique pour une cyphose.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	VCR	Résection de la colonne vertébrale, qui est une variante de la PSO dans laquelle le corps vertébral est excisé à l'avant de la colonne vertébrale afin de protéger les racines nerveuses dans les zones sensibles de la colonne cervicale et lombaire (figure 5 dans l'article lié).
	Autres...	→ à préciser.
Étendue de la chirurgie - correction de la déformation	C0/C1 ou C0, C1/2 ou C1, C2/3 ou C2, C3/4 ou C3, C4/5 ou C4, C5/6 ou C5, C6/7 ou C6, C7/Th1 ou C7, Th1/2 ou Th1, Th2/3 ou Th2, Th3/4 ou Th3, Th4/5 ou Th4, Th5/6 ou Th5, Th6/7 ou Th6, Th7/8 ou Th7, Th8/9 ou Th8, Th9/10 ou Th9, Th10/11 ou Th10, Th11/12 ou Th11, Th12/L1 ou Th12, L1/2 ou L1, L2/3 ou L2, L3/4 ou L3, L4/5 ou L4, L5/S1 ou L5, S1, sacrum (S2-5), coccyx, ilium	Cochez tous les segments ou corps vertébraux traités afin d'obtenir une correction structurelle des troubles de la colonne vertébrale.
Précisez la stabilisation préservant la mobilité	Remplacement du disque intervertébral	Remplacement du disque intervertébral par une prothèse, également appelé arthroplastie discale. Cochez cette catégorie uniquement si une prothèse discale a été utilisée.
	Stabilisation dynamique	Technique dynamique postérieure. La stabilisation dynamique consiste à utiliser des implants flexibles pour renforcer la colonne vertébrale dans le but de soutenir un segment rachidien affaibli ou instable, tout en préservant une certaine souplesse et mobilité naturelles. Dynesys est un exemple de tel système.
	Espaceur interspinous	Implants placés entre les apophyses épineuses afin d'augmenter la distance entre les niveaux adjacents.
	Vis lombaire pars	Vis lombaire appelée « réparation pars », vis interarticulaire pour fixer une zone fracturée ou défectueuse de la vertèbre appelée pars interarticularis (isthme interarticulaire).
	Autres...	→ à préciser.
Étendue de la chirurgie - stabilisation préservant la mobilité	C0/C1 ou C0, C1/2 ou C1, C2/3 ou C2, C3/4 ou C3, C4/5 ou C4, C5/6 ou C5, C6/7 ou C6, C7/Th1 ou C7, Th1/2 ou Th1, Th2/3 ou Th2, Th3/4 ou Th3, Th4/5 ou Th4, Th5/6 ou	Cochez tous les segments ou corps vertébraux traités dans la partie de l'intervention préservant la mobilité.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Th5, Th6/7 ou Th6, Th7/8 ou Th7, Th8/9 ou Th8, Th9/10 ou Th9, Th10/11 ou Th10, Th11/12 ou Th11, Th12/L1 ou Th12, L1/2 ou L1, L2/3 ou L2, L3/4 ou L3, L4/5 ou L4, L5/S1 ou L5, S1, sacrum (S2-5), coccyx, ilium	
Autres mesures chirurgicales	Aucune	Aucune autre mesure opérationnelle.
	Augmentation vertébrale avec restauration de la hauteur	Sélectionnez cette réponse si un implant pour l'augmentation du corps vertébral (cyphoplastie par ballonnet, stent ou similaire) a été utilisé en plus du ciment ou si cela a été combiné avec une vertébroplastie à différents niveaux dans le but de rétablir une hauteur corporelle adéquate.
	Augmentation de la hauteur vertébrale sans restauration de la hauteur	Sélectionnez cette réponse si aucun implant pour l'augmentation du corps vertébral n'a été inséré dans le corps vertébral pendant l'intervention, mais uniquement du ciment.
	Retrait du matériel	Retrait de certaines parties ou de la totalité de l'implant.
	Drainage de la plaie	Application d'un drain pour faciliter l'évacuation des liquides de la plaie, tels que le sang et/ou le pus.
	Autres...	→ à préciser Si une biopsie ou une procédure diagnostique similaire a été réalisée, choisissez « mesures diagnostiques » comme objectif thérapeutique et précisez le type de procédure dans la rubrique « autres » sous forme de texte libre.
Étendue de la chirurgie - Autres mesures chirurgicales	C0/C1 ou C0, C1/2 ou C1, C2/3 ou C2, C3/4 ou C3, C4/5 ou C4, C5/6 ou C5, C6/7 ou C6, C7/Th1 ou C7, Th1/2 ou Th1, Th2/3 ou Th2, Th3/4 ou Th3, Th4/5 ou Th4, Th5/6 ou Th5, Th6/7 ou Th6, Th7/8 ou Th7, Th8/9 ou Th8, Th9/10 ou Th9, Th10/11 ou Th10, Th11/12 ou Th11, Th12/L1 ou Th12, L1/2 ou L1, L2/3 ou L2, L3/4 ou L3, L4/5 ou L4, L5/S1 ou L5, S1, sacrum (S2-5), coccyx, ilium	Cochez tous les segments traités ou corps vertébraux concernés par l'intervention répertoriés comme autres mesures chirurgicales.
	Aucun	Aucun événement indésirable peropératoire.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
Évènements indésirables peropératoires	Fuite de ciment nécessitant des mesures thérapeutiques peropératoires	Pour toutes les fuites de ciment nécessitant des mesures thérapeutiques peropératoires au cours de la même intervention chirurgicale.
	Veuillez décrire les mesures thérapeutiques peropératoires	Si « Fuite de ciment nécessitant des mesures thérapeutiques peropératoires » est indiqué, veuillez décrire les mesures thérapeutiques peropératoires.
	Lésion de la racine nerveuse	Lésion iatrogène de la racine nerveuse.
	Lésion de la moelle épinière	Lésion iatrogène de la moelle épinière.
	Lésion de la dure-mère	Lésion iatrogène de la dure-mère avec fuite de liquide céphalo-rachidien.
	Lésion vasculaire	Lésion iatrogène des gros vaisseaux. Un saignement diffus, même important, dans la plaie chirurgicale sans lésion d'un gros vaisseau n'est pas considéré comme une complication et ne doit pas être signalé comme une lésion vasculaire.
	Fracture du corps vertébral (structures)	Fracture iatrogène des structures osseuses.
	Autres...	→ à préciser.
Réintervention chirurgicale/intervention au cours de la même séance	Aucune	Aucune réintervention chirurgicale/intervention au cours de la même séance.
	Suture	Réparation d'une structure anatomique pendant une intervention chirurgicale à l'aide d'une suture.
	Colle (fibrine)	Application d'un adhésif biologique pour (compléter) la réparation ou la cicatrisation d'une lésion de la dure-mère.
	Repositionnement d'implant	Révision de la position d'un implant, généralement à l'aide de vis et de cages.
	Autre...	→ à préciser
Complications générales peropératoires	Aucune	Aucune complication générale peropératoire.
	Anesthésiologiques	Complications pendant l'intervention dues à l'anesthésie / la narcose.
	Cardiovasculaires	Complications cardiovasculaires (telles que crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, arythmies et anévrismes) pendant l'intervention chirurgicale, y compris celles qui ne sont pas nécessairement attribuables à l'intervention chirurgicale.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Pulmonaires	Complications pulmonaires (telles que pneumonie, épanchement pleural, œdème pulmonaire, insuffisance respiratoire, collapsus pulmonaire) pendant l'intervention chirurgicale, y compris celles qui ne sont pas nécessairement attribuables à l'intervention chirurgicale.
	Thromboembolie	Caillot intraopératoire (thrombus) dans un vaisseau sanguin qui se détache et est transporté par la circulation sanguine pour obstruer un autre vaisseau (par exemple dans la jambe, le rein, le poumon [embolie pulmonaire], le cerveau [accident vasculaire cérébral] ou le tractus gastro-intestinal).
	Décès	Décès pendant l'intervention chirurgicale.
	Autres...	→ à préciser.
Complications chirurgicales postopératoires	Aucune	Aucune complication chirurgicale après suture cutanée pendant le séjour à l'hôpital.
	Hématome épidural	Hématome hémorragique à l'extérieur du sac dural mais à l'intérieur du canal rachidien osseux.
	Autre hématome	Hématome situé ailleurs, mais lié à l'intervention chirurgicale.
	Radiculopathie	Altération d'une racine nerveuse pouvant entraîner une douleur radiculaire, une faiblesse, un engourdissement ou une difficulté à contrôler certains muscles.
	Fuite de liquide céphalo-rachidien / pseudoméningocèle	Fuite de liquide céphalo-rachidien, y compris fistule.
	Dysfonctionnement moteur	Dysfonctionnement moteur / musculaire, nouveau ou aggravé depuis l'intervention chirurgicale.
	Dysfonctionnement sensoriel	Dysfonctionnement sensoriel, nouveau ou aggravé depuis l'intervention chirurgicale.
	Dysfonctionnement intestinal/vésical	Dysfonctionnement intestinal ou vésical dû à une lésion iatrogène, nouveau ou aggravé depuis l'intervention chirurgicale.
	Infection superficielle de la plaie	Infection superficielle de la plaie confirmée après l'opération dans la zone de la plaie ou dans les tissus mous juste en dessous. Si une infection est suspectée, vérifier les résultats de l'analyse microbiologique avant de coder cette complication.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Infection profonde de la plaie	Infection profonde (sous-fasciale) de la plaie confirmée après l'opération. Cette infection s'étend aux os, aux organes et aux implants. Si une infection est suspectée, vérifiez les résultats de l'analyse microbiologique avant de coder cette complication.
	Mauvaise position de l'implant	Position incorrecte de l'implant.
	Migration ou descellement de l'implant	Desserrage des vis, frittage de la cage ou migration de l'implant.
	Rupture de l'implant	Rupture d'une vis, d'une tige, d'une cage ou d'un autre implant.
	Défaillance de l'assemblage de l'implant	Échec de l'assemblage d'un implant avec ou sans rupture de l'implant. L'échec d'une cage expansible doit être considéré comme un échec de l'assemblage.
	Mauvais niveau	Niveau incorrect.
	Autre...	→ à préciser.
[En cas de migration de l'implant, de fracture de l'implant, de défaillance de l'ensemble implant] **Préciser l'implant concerné**	Vis	Cochez la case Vis si l'implant concerné est une vis.
	Tige	Cochez la case Tige si l'implant concerné est une tige.
	Cage	Cochez Cage si l'implant concerné est une cage.
	Autre…	→ à préciser.
Complications générales postopératoires	Aucune	Aucune complication générale après suture cutanée pendant le séjour à l'hôpital.
	Cardiovasculaires	Complications cardiovasculaires après l'intervention chirurgicale (telles que crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, arythmies et anévrismes).
	Pulmonaires	Complications pulmonaires après l'opération, telles qu'un œdème pulmonaire avec dyspnée.
	Cérébrales	Complications cérébrales après l'opération, telles qu'un accident vasculaire cérébral.
	Reins / voies urinaires	Complications au niveau des reins ou des voies urinaires, telles qu'une infection ou une aggravation nouvelle ou importante d'une insuffisance rénale existante.

Question	Options de réponse	Explications et définitions
	Foie / TGI	Complications au niveau du foie ou du tractus gastro-intestinal, telles que la diarrhée. Un ralentissement transitoire fréquent du transit intestinal n'est pas considéré comme une complication.
	Thromboembolie	Caillot (thrombus) dans un vaisseau sanguin qui se détache et est transporté par la circulation sanguine pour obstruer un autre vaisseau (par exemple dans la jambe, le rein, le poumon [embolie pulmonaire], le cerveau [accident vasculaire cérébral] ou le tractus gastro-intestinal).
	Liées au positionnement	Complication liée au positionnement.
	Décès	Décès après une intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation.
	Autre...	→ à préciser.
Réintervention après l'opération initiale	Aucune	Pas de réintervention.
	Évacuation d'hématome	Évacuation d'un hématome.
	Suture/colle	Une suture ou une colle (fibrine).
	Retrait du matériel	Retrait partiel ou total de l'implant.
	Réimplantation du matériel	Réimplantation d'un implant retiré.
	Drainage d'abcès	Procédure médicale consistant à drainer le liquide infecté (pus), puis à nettoyer (laver) soigneusement la cavité interne de l'abcès.
	Décompression (supplémentaire)	Une décompression supplémentaire.
	Autres...	→ à préciser.
Date de sortie	[Date]	Il s'agit de la date à laquelle le patient quitte l'hôpital ou est transféré vers un autre établissement médical. Le séjour en soins intensifs (ou dans un autre service interne) fait partie du séjour à l'hôpital avant la sortie.