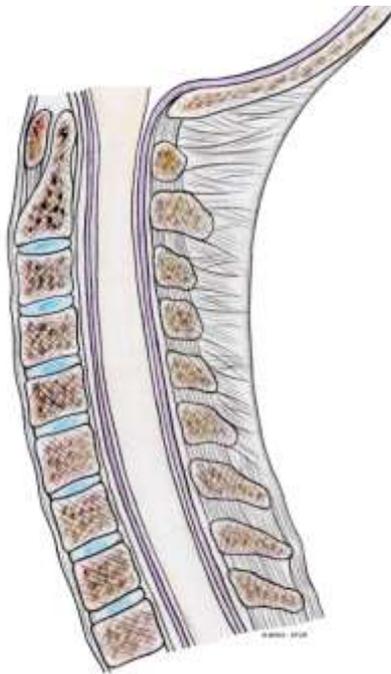


LA MYELOPATHIE CERVICARTHROSIQUE

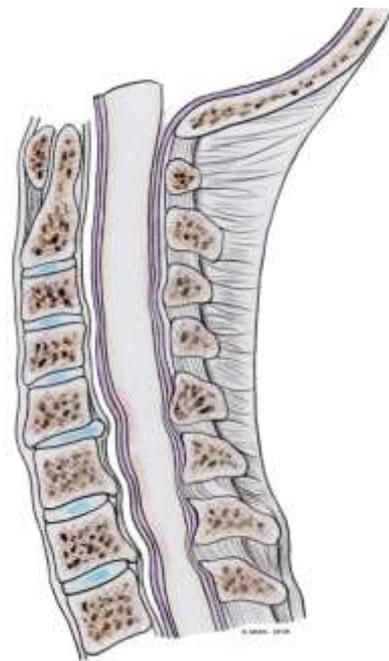
QU'EST CE QUE LA MYELOPATHIE CERVICARTHROSIQUE ?

La colonne vertébrale cervicale (ou rachis cervical) est constituée de 7 vertèbres empilées et séparées par des disques sauf entre la 1^o vertèbre cervicale C1 (atlas) et la 2^o vertèbre cervicale C2 (Axis). Au milieu du rachis cervical se trouve le canal rachidien contenant la moelle épinière.

L'arthrose est une maladie qui déforme et épaissit les articulations. Dans le cas de la colonne vertébrale cervicale, la formation d'ostéophytes (« becs de perroquet ») et les déformations des disques vont progressivement réduire le diamètre du canal rachidien. Ce rétrécissement aboutit une compression progressive de la moelle cervicale, ainsi que des racines des nerfs à destination des membres supérieurs. Cette pathologie, en relation avec l'âge, peut être favorisée par l'existence d'un canal cervical étroit constitutionnel. Elle peut concerner un seul ou plusieurs étages cervicaux.



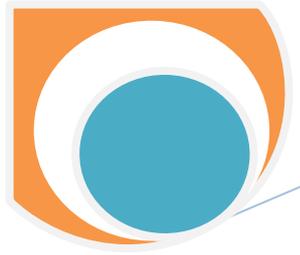
Rachis cervical sain



Rachis cervical arthrosique

COMMENT SE MANIFESTE-T-ELLE ?

Les symptômes de cette maladie vont progressivement apparaître sur plusieurs mois en général avec une ou plusieurs des manifestations suivantes : troubles de la marche avec fatigabilité des membres inférieurs (claudication), engourdissement des mains, sensations de fourmillements ou de picotements (paresthésies), douleurs cervicales et des membres supérieurs, rarement des troubles sphinctériens.



LA MYELOPATHIE CERVICARTHROSIQUE

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN DEHORS DE LA CHIRURGIE ?

Les douleurs peuvent être traitées par du repos, des antalgiques et des anti-inflammatoires. On peut avoir recours à la rééducation par kinésithérapeute ou bien parfois le port d'une minerve. Cependant ces traitements ne peuvent être que temporaires et sont dits « symptomatiques » car ne traitent pas la cause de la douleur.

Les troubles neurologiques (perte de force, fourmillements) sont plus difficiles à contrôler par des médicaments. La cortisone peut parfois aider à limiter ces troubles.

QUELLE EST L'HISTOIRE NATURELLE ?

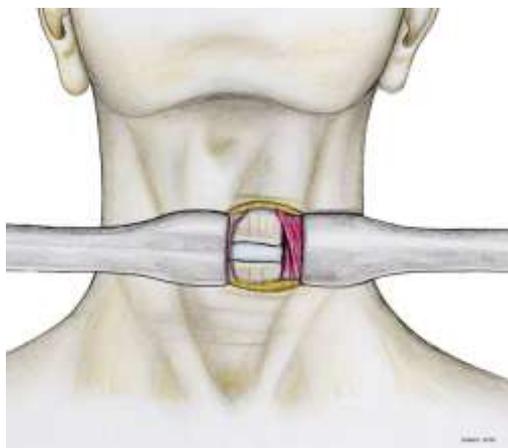
En l'absence de traitement étiologique (de la cause), la maladie va poursuivre sa progression avec réduction de plus en plus importante du canal rachidien cervical. Une aggravation du handicap fonctionnel pourra apparaître avec des symptômes de plus en plus invalidants. La rapidité d'évolution est extrêmement variable, parfois très lente mais parfois plus rapide. En cas d'accident de voiture ou de chute, une aggravation brutale est possible.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE LA CHIRURGIE ?

Le traitement chirurgical a pour but de libérer les structures neurologiques, moelle et nerfs, de leur compression en ouvrant le canal devenu étroit. Ainsi, on arrête la progression de la maladie, avec si possible une amélioration des symptômes déjà présents selon le degré d'évolution de la maladie.

EN QUOI CONSISTE LA CHIRURGIE ?

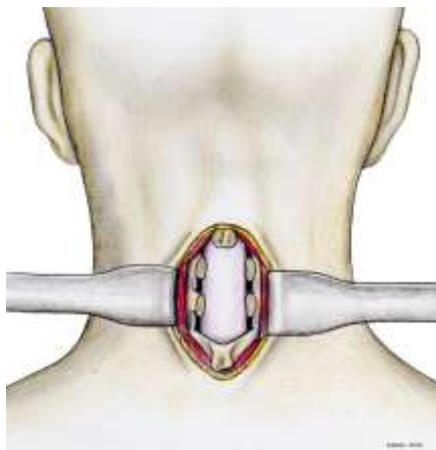
Plusieurs types d'intervention peuvent vous être proposés :



Chirurgie cervicale par voie antérolatérale

- Le plus souvent une chirurgie du rachis cervical par voie antérolatérale est réalisée lorsque les lésions concernent un, deux ou 3 niveaux maximum ; on réalise une incision au niveau du cou avant d'écarter les muscles pour atteindre la face antérieure des vertèbres. Le niveau à opérer est repéré au préalable par radioscopie. On réalise ensuite l'ablation du ou des disques intervertébraux, des ostéophytes (becs de perroquet), afin de finalement élargir le canal cervical médullaire. Les disques sont remplacés par des cales ou « greffon » pour permettre de souder les deux vertèbres adjacentes.
- Une somatotomie médiane ou corporectomie peut aussi être pratiquée : la partie médiane de la vertèbre est retirée par voie antérieure et on réalise une ostéosynthèse (une fixation par plaque métallique) des vertèbres.

LA MYELOPATHIE CERVICARTHROSIQUE



Chirurgie cervicale par voie postérieure

- Lorsque la moelle se trouve comprimée à sa partie postérieure, on réalise une laminectomie, c'est-à-dire l'ablation de la partie qui se trouve à l'arrière de la vertèbre et du canal rachidien par un abord au niveau de la nuque.

QUELS SONT LES RESULTATS ?

La chirurgie donne de bons résultats avec 50% des patients qui se trouvent améliorés et 30% qui voient leurs symptômes stabilisés, selon l'âge, l'évolution de la cervicarthrose et l'importance de la symptomatologie. Il peut survenir une réapparition des symptômes des années après l'intervention par la poursuite de l'évolution des lésions dégénératives.

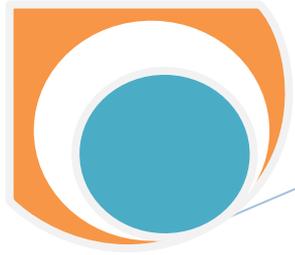
QUELLES SONT LES SUITES DE L'OPERATION ?

L'amélioration des douleurs survient rapidement après l'opération (quelques semaines). La récupération des troubles neurologiques peut être plus lente (plusieurs mois) et nécessite de la kinésithérapie pour rééduquer la marche et/ou les membres supérieurs.

QUELS SONT LES RISQUES ENCOURUS ?

Les risques inhérents à toute intervention chirurgicale

- Les risques propres à l'anesthésie générale vous seront expliqués par le médecin anesthésiste.
- L'infection du site opératoire est rare (0,1% à 1% en dépit des précautions prises). Il s'agit le plus souvent d'une infection superficielle qui peut être réglée par des soins locaux adaptés. Une nouvelle intervention pour nettoyage local est parfois nécessaire. Les infections profondes sont très rares : elles sont graves, nécessitent une intervention de nettoyage, une antibiothérapie prolongée et parfois l'ablation du matériel mis en place pour l'arthrodèse. Ces infections profondes peuvent donner des séquelles fonctionnelles et douloureuses parfois définitives.
- Le risque de phlébite (veine obstruée par un caillot sanguin) est très faible. Un traitement anticoagulant n'est nécessaire qu'en cas de prédisposition, ou lorsque l'alitement se poursuit au-delà de 24 heures (ce qui n'est généralement pas le cas dans une intervention sur hernie discale cervicale). Une embolie pulmonaire peut, à l'extrême, se produire. Il s'agit d'une complication grave, parfois mortelle.



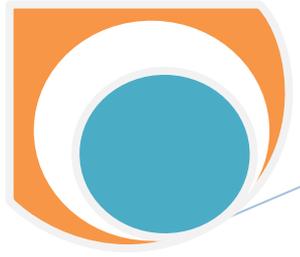
LA MYELOPATHIE CERVICARTHROSIQUE

Les risques propres à cette intervention

- Le risque d'erreur de niveau (opérer un autre disque) est très faible en raison du contrôle radiologique pré et per – opératoire. Il est important d'apporter pour l'intervention le dossier radiologique que votre chirurgien vous a demandé afin qu'il puisse disposer de tous les éléments utiles pour la réalisation de cette intervention.
- Un hématome peut survenir sur le trajet de l'intervention. Si celui-ci est volumineux il peut comprimer les organes du cou (trachée, œsophage) et entraîner rapidement une gêne à la déglutition et surtout une gêne respiratoire. Une ré-intervention en urgence est alors nécessaire.
- Les complications neurologiques sur le nerf rachidien. Elles sont rares : troubles sensitifs (insensibilité, paresthésies à type de fourmillements) ; troubles moteurs avec paralysie partielle du membre supérieur, très rare, souvent d'origine ischémique (défaut d'irrigation sanguine). Ces troubles sont le plus souvent transitoires, rarement définitifs mais des séquelles peuvent persister.
- Les complications neurologiques sur la moelle épinière. Elles sont exceptionnelles mais le risque nul n'existe pas. Elles sont très graves et peuvent aller jusqu'à la tétraplégie (paralysie des 4 membres).
- La brèche (ouverture accidentelle) de la dure mère (enveloppe contenant le liquide céphalo-rachidien – LCR -, la moelle épinière et les racines nerveuses) est exceptionnelle dans les voies d'abord antéro-latérales. Elle peut être fermée par le chirurgien. Il s'agit alors d'un incident sans conséquence. Rarement elle se complique d'une fuite de LCR, soit contenue dans les parties molles (méningocèle), soit s'écoulant par la cicatrice (fistule) .En cas de fistule une infection du LCR source de méningite peut alors survenir. Il s'agit d'une complication très rare mais potentiellement très grave, nécessitant en urgence un traitement spécifique (le plus souvent une ré-intervention.)
- La mobilisation du matériel (mis en place pour l'arthrodèse). Il s'agit d'une complication rare : soit précoce en rapport avec un problème de mise en place souvent lié à une qualité osseuse insuffisante (ostéoporose) ; soit secondaire témoin de l'absence de consolidation (le tabagisme en est un facteur favorisant). Ces mobilisations de matériel peuvent entraîner des troubles de la déglutition par compression de l'œsophage et nécessiter une ré-intervention.
- La mobilisation de la prothèse discale. Il s'agit aussi d'une complication rare mais qui nécessite également une ré-intervention.
- Les troubles de la déglutition - dysphagie - (voie d'abord antéro-latérale) : Ils sont généralement transitoires par irritation de l'œsophage qui est écarté lors de la voie d'abord.
- Les troubles de la phonation, de la parole (dysphonie) : Généralement transitoires par irritation, écartement du nerf récurrent (nerf des cordes vocales), ils peuvent parfois être définitifs.

Les risques exceptionnels mais décrits dans des publications médicales

- Lésions accidentelles des gros vaisseaux du cou (artère carotide et veine jugulaire situés en avant du rachis, artères vertébrales situées dans la colonne cervicale à côté des trous de conjugaison). Elles peuvent entraîner une hémorragie grave, des troubles neurologiques graves souvent définitifs et à l'extrême le décès.
- Lésions des organes du cou (trachée, œsophage) source de séquelles également graves et à l'extrême mortelles.
- Le risque d'hémorragie importante pendant l'intervention est extrêmement faible mais non nul. Une transfusion sanguine peut, à l'extrême, s'avérer nécessaire. Toute transfusion comporte un risque très faible mais non nul de contamination (Hépatite, SIDA).



LA MYELOPATHIE CERVICARTHROSIQUE

- Certains antécédents, certaines particularités anatomiques, affections ou maladies (malformations, diabète, obésité, artérite ou autres affections vasculaires, alcoolisme, tabagisme, toxicomanies, comportements addictifs, affections psychiatriques, prise de certains médicaments, maladies du foie, maladies sanguines, tumeurs, séquelles d'interventions ou de traumatismes, etc...) peuvent causer ou favoriser la survenue de complications particulières, parfois graves, à l'extrême mortelles.

Attention :

Cette fiche a été conçue par la Société Française de Chirurgie Rachidienne pour vous aider à comprendre le problème dont vous êtes atteint et la chirurgie qui vous a été proposée. Elle ne remplace pas les explications que doit vous apporter votre chirurgien. N'hésitez pas à lui poser les questions que vous vous posez avant votre intervention.