

CANAL CERVICAL ÉTROIT (CCE) ET MYELOPATHIE CERVICO- ARTHROSIQUE

Dr SAGET Mathieu, Centre hospitalier La Rochelle-Rochefort

► QUELLE EST L'ORIGINE DE CETTE PATHOLOGIE ?

Dans sa portion haute la moelle épinière chemine dans le canal cervical. Chez certaines personnes la taille de ce canal est plus étroite en raison de l'anatomie des vertèbres (**CCE « constitutionnel »**).

Le vieillissement de la colonne entraîne l'apparition de **phénomènes arthrosiques** qui vont progressivement réduire la taille de ce canal, et ceci d'autant plus rapidement qu'il est étroit de manière constitutionnelle. Ces lésions dégénératives sont l'altération des disques intervertébraux, la formation de « becs de perroquets » appelés ostéophytes, l'épaississement et la calcification des structures ligamentaires et le glissement de certaines vertèbres appelé « listhésis ».

D'autres pathologies notamment tumorales ou inflammatoires peuvent être à l'origine de la réduction de la taille du canal avec des conséquences plus ou moins graves.

La **myélopathie cervico-arthrosique** est une souffrance de la moelle épinière résultant de ces phénomènes arthrosiques dégénératifs. Elle est à l'origine de troubles neurologiques de gravité variable allant de la faiblesse d'une main à la tétraplégie. Sur l'IRM elle se traduit par une zone blanche à l'intérieur de la moelle épinière traduisant un œdème et des lésions nerveuses partiellement irréversibles.

► QUAND FAUT-IL OPERER ?

L'évolution des symptômes est généralement lente et débute le plus souvent par des douleurs cervicales irradiant vers un ou les 2 membres supérieurs. Parfois le diagnostic est fait à un stade évolué alors que le patient décrit déjà une faiblesse des membres.

A un stade précoce le traitement est médical associant les antalgiques, les anti-inflammatoires, la physiothérapie et le port d'un collier cervical. Les critères justifiant la prise en charge chirurgicale sont :

- la persistance des **symptômes invalidants malgré le traitement médical** bien conduit pendant plusieurs mois
- l'apparition récente d'un **déficit neurologique** voire **l'aggravation progressive des symptômes déficitaires**

la présence d'une **souffrance médullaire** à l'IRM est un critère opératoire afin d'éviter l'aggravation neurologique

En cas de myélopathie cervico-arthrosique avec un déficit neurologique, la chirurgie évitera l'aggravation des symptômes mais ne permettra souvent pas une récupération complète en raison des lésions nerveuses irréversibles. Une prise en charge rééducative sera associée.

► QUELS TYPES D'INTERVENTION SONT PROPOSES ?

Différentes options thérapeutiques sont envisageables selon le type, la localisation et l'étendue de la compression. Le principe reste la décompression des structures nerveuses associée à une éventuelle stabilisation des lésions.

- Voie d'abord

L'abord antérieur sera privilégié par une incision au niveau de la face antérieure du cou. Il permet de limiter l'agression musculaire avec des suites opératoires plus simples et une récupération plus précoce. La voie postérieure est indiquée en cas de sténose concernant plus de 3 étages. Elle expose à des risques septique et cicatriciel.

- Décompression

La libération des structures nerveuses est réalisable par les 2 abords.

Par voie antérieure on peut soit retirer un ou plusieurs disques intervertébraux (**discectomie**), soit retirer une partie du corps vertébral d'une ou 2 vertèbres si la compression est sévère (**corporectomie**).

Si la compression est plus étendue (+3étages) la voie postérieure permet soit d'ouvrir l'arc postérieur d'une ou plusieurs vertèbres « comme un livre » (**laminoplastie**), soit de retirer totalement l'arc postérieur (**laminectomie**).

- Stabilisation

La libération des structures nerveuses induit dans certains cas une instabilité nécessitant un geste de stabilisation associé (**arthrodèse**).

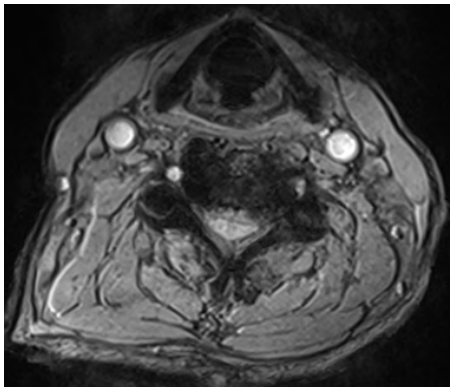
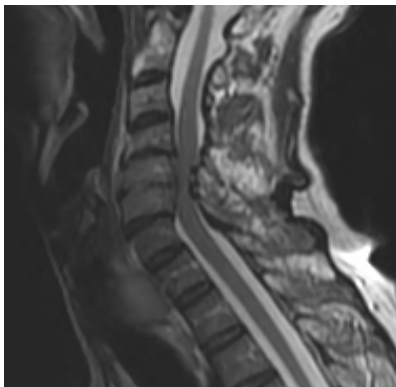
Dans les chirurgies antérieures on utilise principalement des cages intersomatiques remplaçant le disque, mais également des cages remplaçant le corps vertébral en cas de corporectomie. Ces cages sont remplies d'os artificiel ou d'os prélevé lorsqu'on retire une partie du corps de la vertèbre, permettant d'obtenir une greffe osseuse solide. L'utilisation de plaques cervicales renforce la solidité de ces montages, notamment dans les corporectomies.

En cas d'abord postérieur les gestes de stabilisation ne sont pas systématiques. La laminectomie est le plus souvent réalisée seule, parfois complétée d'une fixation postérieure avec un système de vis et de tiges métalliques. L'utilisation d'agrafes dans la laminoplastie évite la fermeture secondaire de l'arc postérieur.

► SUITES OPERATOIRES

Après l'intervention le patient est surveillé en salle de réveil pendant environ 2 heures. Le drainage est systématique évitant la formation d'un hématome pouvant comprimer les voies respiratoires ou la moelle épinière. Celui-ci est retiré dès J1. Un collier cervical est mis en place pendant quelques jours à visée antalgique.

Le patient est levé avec le kiné dès le lendemain de l'intervention et peut reprendre la marche par la suite. L'hospitalisation varie entre 2 et 4 jours suivant la technique utilisée. La conduite automobile est interrompue pendant la période de convalescence.



IRM : Canal cervical étroit étendu de C4 à C7 avec disparition du liquide céphalo-rachidien blanc autour de la moelle épinière traduisant la compression centrale. Souffrance médullaire avec hypersignal médullaire (zone blanche dans la moelle épinière traduisant des lésions nerveuses souvent irréversibles)



IRM après laminectomie C4C7



Radio : discectomies et arthrodèse C4/C5, C5/C6



Radio : discectomies et arthrodèse C5/C6 ; arthroplastie C4/C5