

MYELOPATHIE PAR CERVICARTHROSE

Votre chirurgien vous propose de traiter chirurgicalement votre myélopathie par cervicarthrose : ce document a pour objectif de vous apporter quelques précisions sur cette maladie et de vous expliquer en quoi consiste ce traitement, ses avantages, ses inconvénients et les résultats que vous pouvez espérer.

La myélopathie par cervicarthrose correspond à une souffrance chronique de la moelle cervicale, d'évolution progressive, en relation avec la diminution du diamètre du canal rachidien cervical secondaire à l'apparition de lésions dégénératives liées au vieillissement et à la formation d'arthrose. L'arthrose est une maladie fréquente qui atteint pratiquement toutes les articulations, en particulier les articulations intervertébrales de la colonne cervicale : elle se caractérise à ce niveau par la destruction progressive des disques, la formation de proliférations osseuses (les ostéophytes), parfois des déformations vertébrales qui réduisent progressivement le diamètre utile du canal rachidien par où passent la moelle cervicale et les racines nerveuses destinées aux membres supérieurs. L'étranglement congénital du canal rachidien cervical est un facteur favorisant. Les symptômes en relation avec cette maladie relativement fréquente, sont représentés par une atteinte neurologique progressive des quatre membres avec des troubles moteurs ou sensitifs responsables d'un handicap fonctionnel de plus en plus invalidant, il peut exister une perte du contrôle des urines, plus rarement des matières fécales. L'évolution est habituellement progressive sur plusieurs mois ou plusieurs années, il peut y avoir des décompensations brutales à l'occasion d'un traumatisme direct ou indirect de la colonne cervicale.

Il n'y a pas de traitement médical de cette affection qui est essentiellement un problème de mécanique vertébrale ; tout au plus peut-on soulager vos douleurs par des traitements adaptés et limiter le handicap fonctionnel par la rééducation, il y a pour vous intérêt à envisager le traitement chirurgical dès le moment du diagnostic, en tous cas avant l'apparition d'un handicap fonctionnel trop important.

L'objectif du traitement chirurgical est de redonner des dimensions normales à votre canal rachidien pour que les éléments nerveux qui y sont contenus ne soient plus comprimés de façon à arrêter l'évolution de votre maladie et si possible de faire régresser vos symptômes, s'il n'existe pas déjà des lésions neurologiques irréversibles.

Il n'y a pas de technique chirurgicale univoque, votre chirurgien choisira celle qui lui paraît le plus adapté à vos symptômes et à la nature des lésions responsables : sans être exhaustif on peut résumer les principales interventions réalisées de la façon suivante :

- si la compression est limitée à un étage intervertébral ou à un nombre limité d'étages il est habituellement réalisé une intervention par voie antérieure qui consiste à enlever le ou les disques responsables avec les ostéophytes adjacents (comme pour une névralgie cervicobrachiale).

En fonction des lésions ce geste pourra être éventuellement complété par la mise en place d'une greffe ou d'un substitut osseux à la place du disque enlevé, et par la mise en place d'un support (cage) à cette greffe ou d'une fixation par une plaque métallique

- si la compression est étendue et prédomine sur la face antérieure de la moelle, il est habituellement réalisé une ouverture large du canal rachidien par voie antérieure en pratiquant l'ablation de la partie médiane d'un ou plusieurs corps vertébraux (somatotomie médiane). Paradoxalement cette intervention déstabilise peu le rachis cervical et il n'est pas toujours nécessaire de remplacer les corps vertébraux par un greffe, quand elle doit être réalisée le greffon est habituellement prélevé au niveau du bassin et fixé par une plaque métallique

- si la compression est étendue et prédomine sur les éléments postérieurs la colonne est abordée par voie postérieure, le canal rachidien est élargi en pratiquant l'ablation d'une partie des arcs vertébraux postérieurs (laminectomie), la plupart du temps aucun geste complémentaire n'est nécessaire.

Les résultats de cette chirurgie sont habituellement excellents, dans la très grande majorité des cas l'évolution de votre maladie est arrêtée et si vos symptômes ne sont pas trop évolués ils peuvent régresser, dans de rares cas, du fait de l'évolution des lésions dégénératives de votre colonne que l'on ne sait pas interrompre, les symptômes peuvent réapparaître au bout de quelques années ce qui peut faire éventuellement discuter une seconde intervention.

Votre lever sera en principe autorisé le lendemain de l'intervention, des médicaments vous seront administrés pour soulager vos douleurs, de la rééducation est souvent prescrite pour améliorer la qualité de votre état fonctionnel, la durée de séjour à l'hôpital est en règle générale inférieure à une semaine.

Comme toute intervention chirurgicale, celle ci comporte des risques exceptionnels (y compris un risque vital) qu'il est impossible de décrire tous ici, la liste serait longue et fastidieuse, vous ferait probablement peur et redouter une intervention chirurgicale efficace et en pratique parfaitement bien tolérée.

Votre chirurgien et votre anesthésiste, lors de la consultation préopératoire, vous auront donné toutes les informations nécessaires et auront répondu sans détour à toutes les questions que vous leur poserez..

Ces risques sont de trois ordres :

- liés à la technique anesthésique en général et expliqués par l'anesthésiste
- liés à toutes les interventions chirurgicales en général, par exemple : infection post opératoire, retard de cicatrisation, défaillance d'un organe vital (cœur, poumon...) , phlébite des membres inférieurs pouvant se compliquer d'embolie pulmonaire etc...Ce type de complication est imprévisible mais certains facteurs de risques sont liés à votre état général et il est important de savoir si vous appartenez ou non à un groupe à risque
- spécifiquement liés à la nature de l'intervention que vous allez subir. Sans être exhaustif, d'autant plus que peut se produire une complication qui n'a encore jamais été décrite, en voici quelques exemples :

1/ risque neurologique : lésion d'un nerf ou d'une racine au contact desquels travaille votre chirurgien. Cette complication se traduit par un déficit sensitif et/ou moteur dans le territoire correspondant. Le nerf le plus exposé lors d'une voie d'abord antérieure est le nerf récurrent qui assure la motricité du larynx : son atteinte entraîne une modification de la voix qui devient « bitonale » et perd sa modulation. Cette atteinte est habituellement régressive en quelques semaines (le nerf n'a pas été coupé mais simplement contusionné par un écarteur), elle nécessite un peu de rééducation, exceptionnellement un petit geste chirurgical au niveau de la corde vocale paralysée par un ORL. Quelques rares cas d'atteinte de la moelle épinière elle-même ont été rapportés dans la littérature

2/ risque vasculaire : une lésion d'un vaisseau du cou (artère ou veine) peut se produire lors de l'abord chirurgical : selon les possibilités de réparation immédiate, l'importance du vaisseau concerné et la nature de l'organe vascularisé il peut n'y avoir aucune conséquence ou au contraire des conséquences graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. Quelques rares cas isolés ont été rapportés dans la littérature alors que plusieurs dizaines de milliers d'interventions de ce type sont réalisés en France chaque année sans aucun incident de ce type

3/ risque digestif et respiratoire : lors d'un abord il faut écarter en dedans l'oesophage et la trachée : ceci explique la petite gêne à la déglutition sans conséquence et d'évolution favorable observée dans quelques cas. Des complications plus graves peuvent être observées en cas de lésion d'un de ces organes et qui dans ce cas peut imposer une réparation immédiate ou différée.

4/ risque lié au matériel utilisé : des risques spécifiques peuvent naître de la nature du matériel implanté :

- en cas de greffes prélevées sur vous-même : infection, hématome du site donneur, séquelles douloureuses ou esthétiques au niveau de la cicatrice...
- mobilisation, expulsion ou fracture du greffon ou du substitut osseux.
- selon le matériel utilisé : rupture, déplacement, déformation etc...

La réglementation en vigueur oblige votre médecin et votre chirurgien de vous informer de tous les risques..., ce n'est manifestement pas possible, la justice s'en est rendu compte et la Cour de Cassation (arrêt du 20 juin 2000) vient de modifier les règles imposées aux praticiens, par contre vous devez poser à votre praticien toutes les questions que vous souhaitez et vous obtiendrez toutes les réponses attendues.

Cette liste de complications ne doit pas vous impressionner et vous empêcher d'accepter une intervention simple, efficace ne comportant qu'un minimum de complications.