

NEURALGIE CERVICO-BRACHIALE



La névralgie cervico-brachiale est la conséquence de la réaction inflammatoire d'une (ou plusieurs) racine(s) nerveuse(s) destinée au membre supérieur, elle même sous la dépendance d'une compression mécanique provoquée le plus souvent par une hernie discale cervicale ou une dégénérescence du disque (discopathie dégénérative) avec formation de proliférations osseuses (les ostéophytes) qui arrivent au contact des racines.

Le traitement médical est capable dans un très grand nombre de cas de guérir cette réaction inflammatoire sans qu'il soit nécessaire d'enlever la compression qui en est la cause. Ce n'est qu'en cas d'échec du traitement médical bien conduit pendant plusieurs semaines ou de signes de souffrance radiculaire que le traitement chirurgical doit être réalisé.

L'objectif de l'intervention est de supprimer la cause mécanique de la réaction inflammatoire pour permettre une guérison rapide et si possible définitive des symptômes. Dans près de 80% des cas l'intervention sera réalisée par voie antérieure, il est en effet paradoxalement plus facile d'aborder la colonne cervicale par cette voie d'autant plus que les lésions

responsables siègent le plus souvent en avant des structures nerveuses : les racines et la moelle épinière.

Une courte incision cutanée est pratiquée à la face antérieure du cou, latéralement par rapport à la ligne médiane. Après incision de la peau et des plans superficiels, le chirurgien aborde la face antérieure de la colonne cervicale en refoulant sans les ouvrir, en dehors la gaine qui contient les gros vaisseaux du cou (veine jugulaire et carotide) et le nerf pneumogastrique et en dedans la gaine qui contient la trachée et l'œsophage. Par un contrôle radiologique réalisé au cours de l'intervention on vérifie le niveau du disque exploré.

Ensuite le chirurgien adaptera son geste à la nature de la lésion responsable des symptômes :

- * en cas de hernie discale pure il sera pratiqué l'exérèse de cette hernie et l'ablation complète du disque correspondant qui est dégénéré et qui a perdu toute valeur mécanique
- * en cas de discopathie dégénérative, le chirurgien pratiquera l'ablation des résidus de disque et l'abrasion des ostéophytes compressifs ce qui est un geste peu plus long et plus complexe que la simple ablation du disque.

Une fois la décompression de la racine réalisée, plusieurs attitudes sont possibles, selon la nature des lésions, mais aussi de l'expérience du chirurgien :

- * souvent aucun geste complémentaire n'est nécessaire: l'espace opéré se pince (il n'y a plus de disque) et dans la majorité des cas fusionne ce qui est sans conséquence à moyen ou long terme
- * dans certains cas il faut reconstituer l'espace intervertébral à l'aide d'un greffon prélevé sur le patient lui même (au niveau du bassin le plus souvent) ou en utilisant un substitut osseux seul ou placé dans une cage pour en accroître les propriétés mécaniques (certaines cages et certains substituts sont biorésorbables)
- * enfin, plus rarement il faut utiliser une fixation complémentaire par une plaque vissée.

Même s'il existe de grosses différences entre ces diverses techniques, les résultats sont globalement identiques et aucune ne s'est imposée.

Les suites de ces interventions sont habituellement simples. Le patient est levé dès le lendemain de l'intervention. Il pourra lui être conseillé de porter pendant quelques jours une immobilisation cervicale. La sortie de l'établissement se fait en moyenne autour du troisième ou quatrième jour postopératoire. En général la douleur du bras disparaît dès le réveil de l'anesthésie. Le patient ressent parfois quelques douleurs au niveau de l'incision cutanée ou entre les deux épaules (en relation avec la traction qu'a du exercer le chirurgien pour passer entre deux vertèbres) qui pourront justifier la prescription de médicaments antalgiques ainsi que quelques difficultés pour déglutir liées à l'écartement des voies aériennes et digestives, sans caractère de gravité et d'évolution rapidement favorable.

Plus rarement l'intervention sera réalisée par voie postérieure : l'incision est alors pratiquée sur la ligne médiane à la face postérieure du cou. Les puissants muscles de la nuque sont écartés de part et d'autre de la ligne médiane après les avoir détachés de leurs insertions à la face postérieure des vertèbres. La colonne est alors abordée. Deux techniques sont alors possibles en fonction de la nature des lésions :

- * soit une décompression limitée par ouverture du canal où passe la racine (canal de conjugaison) réalisée habituellement avec une fraise mécanique ce qui peut être suffisant pour enlever un petit fragment discal migré au contact de la racine,
- * soit une décompression plus large par ouverture du canal rachidien où passe la moelle épinière et du canal de conjugaison.

Par voie postérieure, il n'est pas possible d'enlever la totalité du disque. Il n'est pas habituellement nécessaire d'envisager de geste complémentaire de reconstruction osseuse ou de stabilisation sauf dans quelques cas particuliers.

Les suites sont à peu près identiques à celles des interventions réalisées par voie antérieure : il n'y a pas de gêne à la déglutition, les douleurs cervicales sont parfois plus intenses et la mobilisation du cou un peu plus difficile.

Les résultats de cette chirurgie sont habituellement excellents, la douleur du membre supérieur est définitivement et totalement soulagée dans plus de 90% des cas et les récurrences dans le même territoire sont exceptionnelles. Il peut arriver que des douleurs persistent, différentes des douleurs préopératoires, quand l'intervention a été réalisée trop tard et que se sont installées des lésions de la racine nerveuse elle-même, la levée de la compression mécanique exercée sur la racine ne suffisent pas dans ce cas à faire disparaître tous les symptômes. Les douleurs du rachis cervical qui relèvent d'un mécanisme différent, peuvent persister plus longtemps. Elles sont habituellement suffisamment soulagées pour améliorer le confort de vie. S'il existe avant l'intervention des déficits neurologiques sensitifs ou moteurs (maladresse de la main, perte de la force musculaire...) leur amélioration est plus lente et pas toujours totale.

Comme toute intervention chirurgicale, celle ci comporte des risques exceptionnels (y compris un risque vital).

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 (**rare**), 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 l'état général du patient

- * spécifiquement liés à la nature de l'intervention. Sans être exhaustif, d'autant plus que peut se produire une complication qui n'a encore jamais été décrite, en voici quelques exemples :

- **risque neurologique (rare)** : 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 contus par un écarteur). Elle nécessite un peu de rééducation, exceptionnellement un petit geste chirurgical au niveau de la corde vocale paralysée. Quelques rares cas d'atteinte de la moelle épinière elle-même ont été rapportés dans la littérature

- 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 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.

- risque digestif et respiratoire : lors d'un abord antérieur nous vous avons indiqué qu'il fallait écarter en dedans l'œsophage 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 impose une réparation immédiate ou différée.

- risque lié au matériel utilisé (**rare**) : des risques spécifiques peuvent naître de la nature du matériel implanté :
 - en cas de greffes prélevées sur le patient : 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...