



## La Myelopathie cervicarthrosique

### Définition :

La myélopathie cervicarthrosique est la conséquence du rétrécissement du canal cervical secondaire à des lésions dégénératives. Ces lésions dégénératives sont composées de calcifications discales protrusives, d'ostéophytes articulaires et vertébraux voire de glissement (spondylolisthésis) de vertèbres secondaires à la dégradations des éléments de stabilités du rachis cervical.

### Origine :

L'encombrement lié aux lésions dégénératives du rachis cervical provoque directement et indirectement une diminution du volume du canal cervical ayant pour conséquence la compression de racines nerveuses appelées névralgies cervico-brachiale (NCB) et plus grave la compression progressive de la moelle épinière. Cette compression de la moelle épinière est responsable d'une souffrance de la moelle appelée myélopathie.

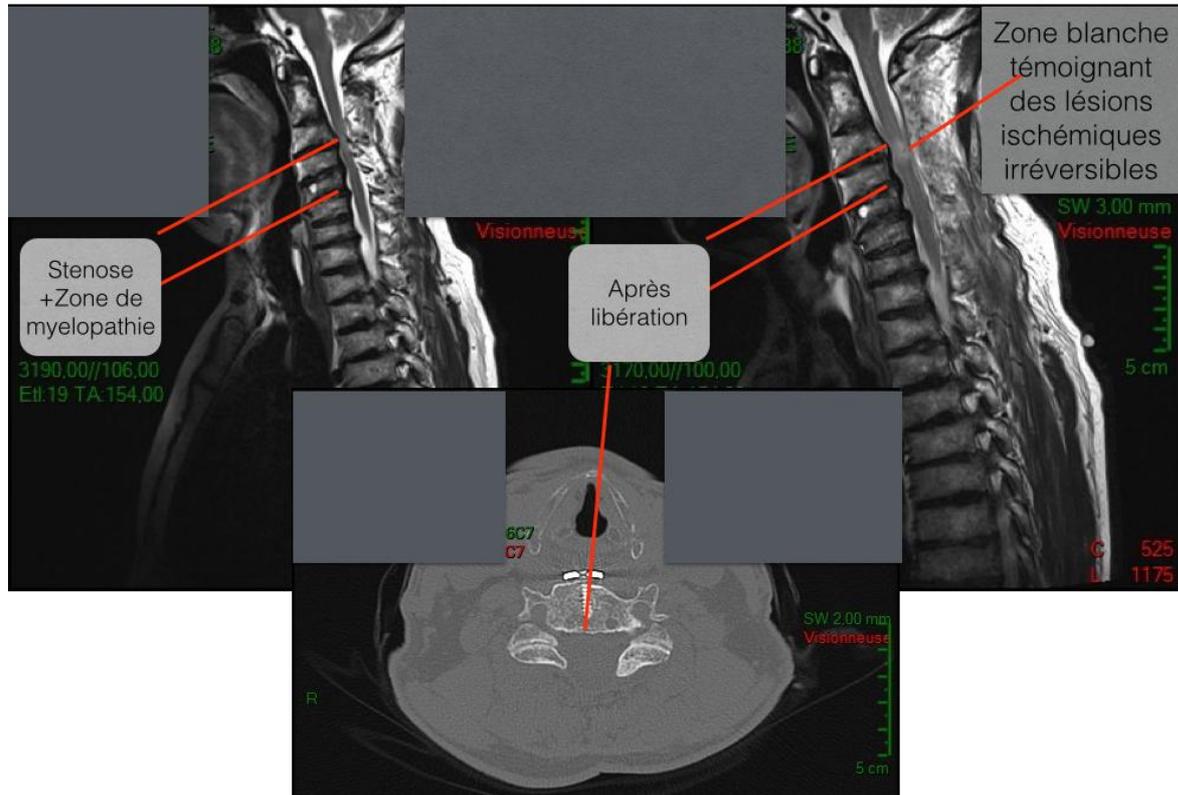
### Symptômes :

La conséquence de cette compression de la moelle épinière est une perturbation de son fonctionnement notamment de la transmission des influx nerveux du cerveau aux membres. En cas de souffrance minime de la moelle épinière les symptômes sont peu invalidants, comme une faiblesses des membres avec des névralgies.

Lorsque la souffrance de la moelle est plus importante, les symptômes sont plus bruyants avec une perte de force, une fatigabilité à la marche (claudication), engourdissement et picotement des mains. Un équilibre peut s'installer sur une longue période puis à l'occasion d'un traumatisme bénin décompenser et provoquer une souffrance aigue de la molle épinière, appelé syndrome de Kahn-schneider, responsable d'un déficit moteur complet des membres supérieurs et parfois inferieurs (tétraplégie)

## Bilan para clinique :

**Imagerie** : IRM cervical, permet de visualiser au mieux la compression sur la moelle épinière ainsi que la souffrance médullaire.



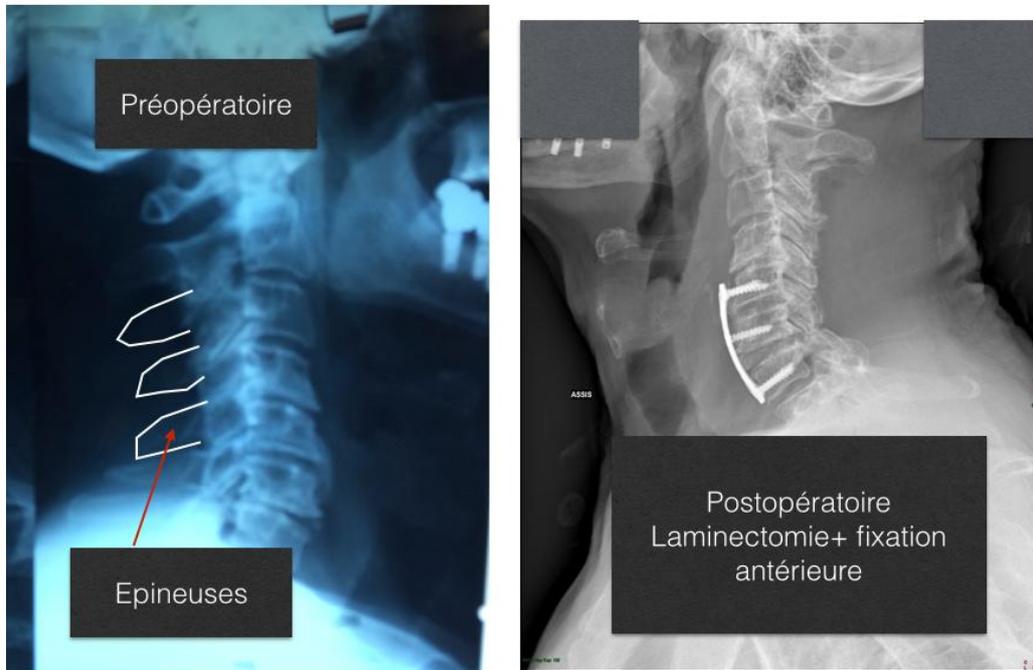
**Electroneuromyogramme** : Cet examen est réalisé par un neurologue. Il permet d'étudier le système nerveux périphérique (Nerfs) et les muscles afin d'identifier les causes des déficits objectifs cliniquement.

## Traitement :

Médicale : Traitement des douleurs par des antalgiques et anti-inflammatoires associés à une immobilisation par collier cervical.

Chirurgicale : Une intervention chirurgicale est proposée en cas de répercussions nerveuses confirmées. L'objectif est de libérer la moelle épinière de ses compressions et permettre une récupération la plus importante possible (Fonction de l'avancée de la maladie). Plusieurs techniques sont envisageables :

- La chirurgie de libération peut se faire par voie postérieure (cicatrice dans la nuque) avec une laminectomie plus ou moins associée à une fixation postérieure (arthrodèse) en cas d'instabilité des vertèbres les unes par rapport aux autres.



- Une libération par voie antérieure est également réalisable avec la réalisation d'une dissectomie (Ablation du disque calcifié qui débordé dans le canal cervical)(cicatrice dans le cou) . Le disque retiré est remplacé par une cage afin de restaurer la hauteur entre les vertèbres mais aussi d'assurer la stabilité des vertèbres et leur consolidation. Une plaque d'ostéosynthèse complémentaire peut être utilisée afin de renforcer le montage.

- Et enfin, le geste chirurgical peut associer un geste de libération postérieur et une libération fixation antérieure.

### **Les suites post opératoires et les résultats**

Cette intervention chirurgicale nécessite une hospitalisation de quelques jours et une immobilisation temporaire par un collier cervical pour une durée de 1mois.

La chirurgie semble améliorer les symptômes dans 50% des cas. Les douleurs diminuent rapidement après l'intervention. Cependant les récupérations des troubles neurologiques comme la force des membres sont plus longues et plus incertaines et nécessitent souvent une rééducation longue.

## **Les risques de la chirurgie :**

Toute chirurgie expose à des risques d'ordre général lié à l'anesthésie mais également locaux liés à la chirurgie elle-même.

### **L'infection :**

Le risque d'infection est d'environ 1 à 5% pour la chirurgie programmée de la colonne vertébrale. Les complications infectieuses peuvent imposer une ré intervention en urgence pour lavage associé à une longue antibiothérapie.

### **Les complications thromboemboliques :**

Les phlébites (formation d'un caillot dans une veine) surviennent dans <1% des cas en cas de chirurgie cervical et nécessite un traitement préventif qu'en cas d'alitement prolongé ou de prédisposition aux phlébites.

### **Les hématomes post-opératoires :**

Ils peuvent survenir dans les suites immédiates de l'opération et aboutir à des compressions (œsophage, trachée) pouvant nécessiter une ré intervention en urgence.

### **Les complications mécaniques :**

La chirurgie du rachis expose au retard de consolidation osseuse voir à la non consolidation (Pseudarthrose) en cas d'arthrodèse pouvant nécessiter une ré intervention.

### **Les complications neurologiques :**

Elles sont exceptionnelles mais le risque nul n'existe pas. Le risque de tétraplégie est donc possible en cas d'abord de la moelle épinière au niveau cervical.

### **Complications liées à l'abord chirurgical :**

#### **Par voie postérieure :**

La décompression des racines nerveuses par abord postérieur peut aboutir à une déchirure de l'enveloppe qui entoure la moelle et les racines (encore appelée brèche de la dure mère) avec écoulement de liquide céphalorachidien et risque de méningite. Elle peut imposer de respecter une position couchée au lit au plat strict pendant plusieurs jours voir parfois une reprise chirurgicale pour colmater la fuite.

#### **Par voie antérieure :**

Lorsque la chirurgie est faite par voie antérieure, l'abord du rachis peut être à l'origine d'une lésion des vaisseaux du cou mais également des branches nerveuses responsable de dysphonie et enfin de dysphagie par compression de l'œsophage.

### **Echecs de la chirurgie.**

Vous devez admettre, malgré toutes nos précautions, un risque d'environ 10% de résultats insuffisants ou mauvais.