

Chirurgie d'une tumeur intradurale

Madame, Monsieur,

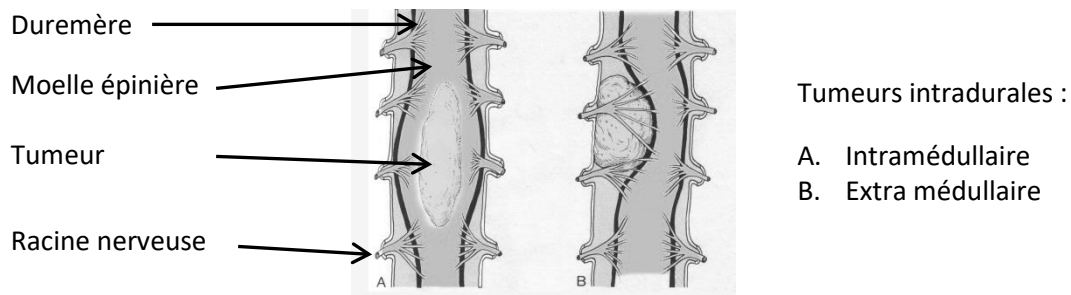
Vous allez être opéré d'une tumeur intradurale. Ces informations restent très générales, et servent de complément aux informations particulières et personnelles vous concernant, que seul le neurochirurgien qui vous prend en charge est à même de vous donner.

Qu'est ce qu'une tumeur intradurale ?

La moelle épinière est située dans la colonne vertébrale, au sein du canal vertébral. Elle est entourée par plusieurs enveloppes qui la protègent : **les méninges**. La plus solide et la plus superficielle est la dure-mère. **Les tumeurs intra-durales sont les tumeurs situées à l'intérieur de la dure-mère**. Elles peuvent être en dehors de la moelle épinière, ce sont les tumeurs **intradurales extramédullaires** (Fig B), ou dans la moelle, ce sont les tumeurs **intradurales intramédullaires** (Fig A).

Elles ne sont pas de la même nature en fonction de leur localisation :

- les tumeurs extramédullaires peuvent être des méningiomes, qui ont pour origine la méninge, ou des neurinomes, qui naissent d'un nerf qui part de la moelle.
- Les tumeurs intramédullaires sont plus rares et peuvent être des épendymomes ou des astrocytomes. D'autres tumeurs existent mais sont plus rares.



Les symptômes sont variables en fonction de la localisation de la tumeur, de sa nature, et de la durée d'évolution. Ils peuvent se résumer à des douleurs du dos inhabituelles et persistantes. Il peut aussi y avoir des signes neurologiques si la moelle est touchée, comme des difficultés à la marche, des problèmes de sensibilité ou des troubles sphinctériens.

L'IRM permet diagnostiquer une tumeur intradurale et d'orienter la prise en charge. Le diagnostic histologique, c'est-à-dire la nature de la tumeur, est apporté par l'analyse de la tumeur en laboratoire (anatomopathologie).

Quel est le traitement ?

La chirurgie est le traitement le plus souvent proposé pour les tumeurs intradurales. Elle permet à la fois de décompresser la moelle épinière et d'obtenir le diagnostic de certitude après analyse de la pièce opératoire. Selon la nature de la tumeur, un traitement complémentaire est parfois proposé après la chirurgie (radiothérapie/chimiothérapie).

Comment se déroule la chirurgie ?

La chirurgie se fait sous anesthésie générale.

Le chirurgien accède à la tumeur par voie postérieure (c'est-à-dire par la nuque ou le dos selon la localisation). Il réalise une d'une **laminectomie cervicale, c'est-à-dire l'ablation de l'arc postérieur de la vertèbre, fermant le canal vertébral en arrière**, pour accéder à la dure-mère qui est ouverte, permettant ainsi d'accéder à la tumeur et à la moelle épinière. Si la tumeur est extramédullaire, il n'y aura pas de geste sur la moelle épinière. Si la tumeur est développée au dépend d'un nerf, il peut arriver de le sectionner, en général sans conséquence pour le patient.

Si la tumeur est située dans la moelle épinière (intramédullaire), le chirurgien doit créer un passage dans la moelle épinière, ce qui peut avoir des conséquences neurologiques. Pour minimiser ce risque, **un système de monitoring électrophysiologique** est utilisé durant la chirurgie. Cette méthode a pour but de mesurer l'activité électrique des voies nerveuses de la sensibilité et de la motricité, à l'aide d'électrodes placées sur la peau. Le principe est fondé sur l'enregistrement de l'activité électrique du système nerveux en utilisant la moyenne des réponses obtenues par une stimulation ciblée et répétée, spécifique de chaque fonction étudiée. Les réponses s'appellent les « potentiels évoqués ».

Quels sont les risques ?

- **L'infection du site opératoire ou du LCR**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie et des antibiotiques pendant plusieurs semaines.
- **L'hématome postopératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie.
- **La perte de la sensibilité ou des difficultés à bouger** un ou plusieurs membres si un nerf ou la moelle est touchée.
- **Une méningocèle**, c'est-à-dire une fuite de liquide cérébro-spinal (LCS) à travers une zone de déchirure de la dure-mère (enveloppe qui contient la moelle épinière). Elle est fermée en fin d'intervention mais une fuite de LCR peut survenir pouvant nécessiter une nouvelle intervention.
- **Les risques propres à l'anesthésie générale**, au positionnement sur la table d'opération, la phlébite ou l'embolie pulmonaire