

Chirurgie du canal cervical étroit

Madame, Monsieur,

Vous allez être opéré d'un canal cervical étroit. 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'un canal cervical étroit ?

La colonne cervicale est constituée de 7 vertèbres (C1 à C7). En arrière des corps vertébraux se trouve le canal rachidien (ou canal vertébral) dans lequel passe, au niveau cervical, la moelle épinière. La moelle épinière transmet les ordres de mouvement et la sensibilité aux différentes parties du corps. A chaque niveau vertébral, un nerf (ou racine nerveuse) sort de la moelle épinière. Au niveau cervical ce sont des nerfs à destination des bras.

Le canal cervical étroit (CCE) est une maladie liée à la dégénérescence arthrosique (lésions progressives liées au vieillissement) de la colonne cervicale. Les lésions d'arthrose (hernies discales, épaississements des ligaments, excroissances osseuses) viennent alors réduire les dimensions du canal où passe la moelle épinière. La moelle épinière est donc comprimée et ne fonctionne plus normalement.

Si la maladie continue son évolution, des séquelles neurologiques irréversibles peuvent handicaper sévèrement le patient.

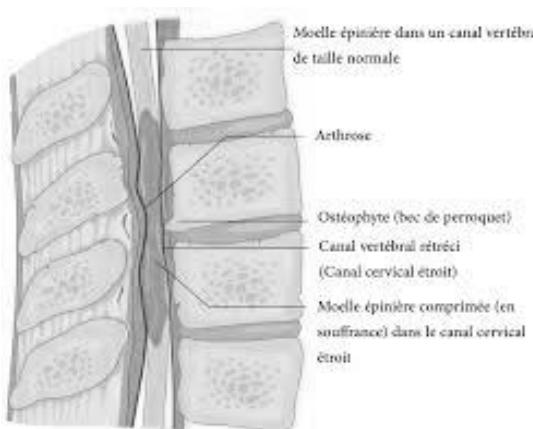


Fig1 : le canal cervical étroit

Le début des symptômes est le plus souvent progressif (sur quelques mois, voire sur quelques années), rarement brutal. Le plus fréquemment, le patient décrit des troubles moteurs, avec une difficulté à utiliser ses bras ou ses mains (lâchage d'objets), notamment lors de mouvements fins et précis (par ex. écrire, boutonner sa chemise). Il peut aussi souvent s'agir de troubles de la marche, avec soit un dérobement des jambes, soit des troubles de l'équilibre (embardées). Ces troubles moteurs sont parfois associés à des sensations bizarres : impression de brûlures, de fourmillements, de marcher sur du coton... Ces troubles s'aggravent progressivement. Le plus souvent, il n'y a pas réellement de douleur cervicale. Il peut aussi exister une perte du contrôle des urines, plus rarement des matières fécales.

L'IRM est un examen indispensable car lui seul permet de visualiser directement la moelle épinière, l'étendue des lésions et des signes de gravité neurologique.

Quand faut-il opérer ?

Il n'y a pas de traitement médical de cette maladie qui est essentiellement un problème de mécanique vertébrale. Il faut envisager le traitement chirurgical dès le moment du diagnostic, en tous cas avant l'apparition d'un handicap fonctionnel trop important car les lésions neurologiques peuvent être irréversibles.

Le traitement chirurgical consiste en la décompression de la moelle épinière, soit par voie antérieure (par le cou), soit par voie postérieure (par la nuque) si plusieurs niveaux sont atteints. Le but de ce traitement est avant tout de **stabiliser l'évolution de la maladie**. **Après la chirurgie les troubles neurologiques régressent généralement**. Néanmoins ils peuvent ne régresser que de manière incomplète, d'où l'importance d'une prise en charge précoce. Dans certaines formes particulièrement graves mais heureusement rares, l'atteinte neurologique peut s'aggraver malgré un traitement chirurgical correctement conduit.

Comment se déroule la chirurgie ?

La chirurgie se fait sous anesthésie générale.

Le geste consiste à redonner de la place à la moelle épinière, en élargissant le canal vertébral. Ceci peut être réalisé :

- **Par la nuque** (voie postérieure) sous la forme d'une **laminectomie cervicale**, c'est-à-dire l'ablation de l'arc postérieur de la vertèbre, fermant le canal vertébral en arrière, associée ou non à une ostéosynthèse (mise en place de vis et de tiges).
- **Soit par le cou** (voie antérieure) sous la forme de **discectomies étagées** (ablation des disques vertébraux) ou d'une **somatotomie médiane** (ablation d'une partie du corps vertébral), le plus souvent associée à une **ostéosynthèse** (mise en place d'une plaque et de vis).

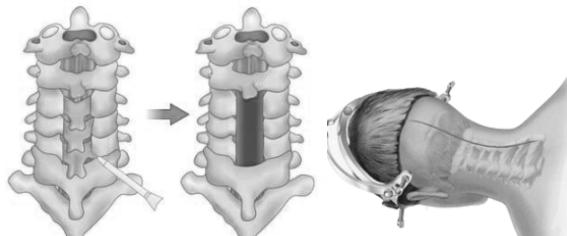


Fig. 2 : laminectomie cervicale et discectomies étagées

Le patient se lève généralement le lendemain de l'intervention. L'hospitalisation dure entre 3 et 5 jours.

Le port de la minerve n'est le plus souvent pas nécessaire.

Quels sont les risques ?

Les risques sont faibles.

- **L'infection du site opératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie et des antibiotiques pendant plusieurs semaines.
- **L'hématome postopératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie.
- **Les complications neurologiques** (insensibilité, faiblesse ou paralysie).
- **Le nerf laryngé supérieur** (nerf des cordes vocales) peut être étiré lors d'une chirurgie par voie antérieure ce qui entraîne une voix bitonale voire des troubles de déglutition ; ces atteintes, exceptionnelles, sont le plus souvent réversibles.
- **Une brèche de dure-mère** c'est-à-dire une déchirure de l'enveloppe qui contient la moelle épinière et le liquide céphalo-rachidien (LCR). Elle est fermée au cours de l'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