

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR VOIE POSTÉRIEURE (LAMINECTOMIE OU LAMINOPLASTIE) D'UN CANAL CERVICAL ÉTROIT AVEC MYÉLOPATHIE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

LA MALADIE DONT VOUS SOUFFREZ, DE QUOI S'AGIT-IL ?

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 séparant les vertèbres, et à 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'étrécissement congénital du canal rachidien cervical est un facteur favorisant. Une hernie discale cervicale qui siège à l'arrière du disque peut aggraver la situation et comprimer soit le nerf sortant entre les deux vertèbres (la racine nerveuse) ou même si la hernie est plus volumineuse, comprimer l'ensemble de la moelle épinière qui passe derrière le disque.

Elle entraîne, lorsque cette compression agit sur le nerf sortant (racine), une douleur sur le bras appelée névralgie cervico-brachiale, allant parfois jusqu'aux doigts. Le trajet douloureux renseigne sur le niveau du disque atteint.

Les symptômes en relation avec cette maladie relativement fréquente, sont représentés par des douleurs cervicales chroniques plus ou moins fortes et une atteinte neurologique progressive des quatre membres avec des troubles moteurs et/ou sensitifs responsables d'un handicap fonctionnel de plus en plus invalidant :

- Aux membres supérieurs, lorsque cette compression agit sur le nerf sortant (racine), elle provoque une douleur sur le bras appelée névralgie cervico-brachiale, allant parfois jusqu'aux doigts. Le trajet douloureux renseigne sur le niveau du disque atteint.
- Aux membres inférieurs des troubles de la marche avec perte de force dans les jambes, sensation de fatigabilité inhabituelle ; 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'ÉVOLUTION SPONTANÉE EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT

Plus la compression est importante et durable, plus le risque de lésions graves s'accroît, le risque de troubles moteurs ou sensitifs irréversibles également. Cela peut conduire à une véritable maladie autonome de la moelle, la myélopathie, qui lorsqu'elle est diagnostiquée peut encore évoluer défavorablement même si le traitement chirurgical de décompression est réalisé. Le diagnostic est fait en général à l'IRM sur des signes d'œdème dans la moelle.

Toutefois l'évolution habituelle est très lente.

LES EXAMENS À FAIRE

Même si le chirurgien en vous examinant peut avoir une idée déjà précise du niveau discal à l'origine du problème, un certain nombre d'examens complémentaires sont aujourd'hui utiles, pour confirmer l'endroit exact où siège la lésion, mais aussi pour éliminer un certain nombre de maladie, qui pourraient donner des signes trompeurs. Il s'agit des examens suivants :

La radiographie standard : elle permet de reconnaître le niveau du disque atteint, car en général, le disque est moins haut et partiellement écrasé. Le plus souvent, les hernies siègent entre la 5^{ème} et 6^{ème} vertèbre cervicale et/ou entre la 6^{ème} et la 7^{ème} vertèbre cervicale.

La radiographie permettra également de rechercher des signes d'arthrose sur les lésions plus anciennes, et d'étudier également la courbure générale de la colonne cervicale. Cet examen radiologique ne présente pas de danger d'irradiation, sauf s'il était répété très souvent.

Il est parfois utile de demander des examens radiologiques en position de flexion et d'extension pour apprécier la souplesse de la colonne et l'instabilité du disque atteint.

Le scanner : qui utilise également les rayons X, permet de visualiser le disque de façon plus précise, par tranches. Il permet de bien préciser la taille de la hernie, sa position et si elle s'accompagne de constructions osseuses liées à l'arthrose. Il permet de mesurer le diamètre restant du canal cervical. Rarement le radiologue décide de faire une injection intra veineuse d'iode, de façon à mieux voir l'environnement de la hernie. Il faut savoir que le scanner utilise une quantité de rayons X beaucoup plus important que la radiographie simple.

L'IRM (imagerie par résonance magnétique) : elle permet de donner des informations supplémentaires à celles du scanner, en montrant mieux les tissus mous environnants et permettant de donner une information sur la qualité des tissus. Elle montre par contre moins bien les structures osseuses. Elle détecte particulièrement bien les lésions de la moelle épinière (myélopathie cervicale) en cas de rétrécissement du canal lié à l'arthrose ou à une très grosse hernie.

L'électromyogramme (EMG) : il permet d'étudier la qualité de fonctionnement des nerfs, de confirmer et de préciser la gravité de la compression nerveuse.

Des examens plus complexes (par exemples les potentiels évoqués moteurs et sensitifs) sont parfois demandés afin d'enregistrer le fonctionnement de la moelle épinière.

Ces examens permettent de rendre compte de la gravité de l'atteinte nerveuse, qui explique parfois les différences de récupération.

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS POSSIBLES

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 la plus adaptée 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 cervico-brachiale). 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 (corporectomie ou 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 ou laminoplastie), la plupart du temps aucun geste complémentaire n'est nécessaire.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfico-risque, il vous a été proposé une laminectomie cervicale. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

COMMENT S'ORGANISE LE TRAITEMENT ?

Dans les formes légères ou débutantes, de traitements médicaux sont institués :

- Médicaments contre la douleur (des simples médicaments antalgiques jusqu'à la prescription de dérivés morphiniques dans les douleurs très intenses).
- Des médicaments anti-inflammatoires car la lésion s'accompagne souvent d'œdème et d'inflammation.
- Des médicaments agissant sur la contracture musculaire, les myorelaxants. L'immobilisation du cou par un collier cervical ou une minerve est utile.

Une fois la période très douloureuse passée, ces traitements médicaux peuvent être complétés par des séances de rééducation.

Si la douleur persiste ou s'aggrave, on peut proposer des infiltrations d'anti-inflammatoires puissants, souvent sous contrôle du scanner.

Quand faut-il opérer ?

L'intervention est décidée rapidement, voire parfois en urgence s'il existe des lésions des nerfs sérieuses, en particulier paralysie. Souvent on attendra quelques semaines de traitement médical avant de vous proposer, en cas d'échec, une intervention de libération chirurgicale.

L'INTERVENTION

Elle consiste à libérer la compression du nerf et de la moelle épinière en ouvrant les vertèbres par l'arrière.

L'abord par l'avant est actuellement choisi par la majorité des chirurgiens car il évite de mobiliser la moelle épinière durant l'intervention, ce qui serait le cas lors d'un abord par l'arrière, parfois indispensable en raison de la forme de la hernie ou de l'existence d'un canal cervical très étroit qu'il faut en même temps libérer largement ou parfois de lésions très postérieures comme des kystes des articulations postérieures. C'est l'intervention décrite ici.

L'ANESTHÉSIE

Une anesthésie générale est nécessaire pour cette intervention. Une consultation spécifique avec votre anesthésiste est actuellement indispensable et légalement obligatoire pour vous expliquer tous les risques possibles de l'anesthésie.

L'intervention se déroule au bloc opératoire, sous anesthésie générale.

Le patient opéré est en général couché sur le ventre sur un appui frontal, après avoir repéré le niveau à opérer par contrôle radiographique, ou radioscopique.

L'incision cutanée est faite à la partie postérieure du cou.

Elle consiste dans un premier temps à ouvrir la partie arrière de la vertèbre (ou des vertèbres) puis à enlever les structures osseuses qui participent à la compression en cheminant latéralement à la moelle épinière, c'est le temps de la décompression.

Dans un deuxième temps : la stabilité des deux corps vertébraux, grâce à un blocage (arthrodèse) soit par interposition d'un greffon osseux prélevé sur votre corps (crête iliaque) ou parfois provenant d'une banque d'os, soit parfois par un substitut osseux.

La stabilité immédiate étant améliorée par la mise en place d'une fixation postérieure par vis et plaque ou barre. Le positionnement des vis est contrôlé par radioscopie pendant l'intervention.

En fonction de l'expérience du chirurgien et des indications, l'utilisation d'un microscope pendant l'intervention est possible.

La durée de l'intervention, installation comprise, varie en fonction des techniques utilisées et de l'importance des lésions. Elle avoisine deux heures.

FAUT-IL UNE TRANSFUSION ?

Habituellement, la transfusion n'est pas nécessaire. Avant la fermeture de l'incision, on met en place un système de drainage afin d'éviter l'apparition d'un hématome et d'évacuer les saignements postopératoires.

LES SUITES POSTOPÉRATOIRES

Douleurs

Habituellement, une fois la racine décompressée les phénomènes douloureux du bras disparaissent rapidement, les douleurs cervicales sont également régressives un peu plus lentement.

Un collier mousse vous aidera également à lutter contre la douleur liée aux risques de contractures, pendant une durée de trois à six semaines. Cette intervention donne plus facilement de raideur cervicale que l'abord antérieur du fait de l'approche entre les puissants muscles postérieurs.

Vous êtes en général autorisé à vous lever le soir même ou le lendemain de votre intervention, la durée d'hospitalisation varie entre deux et cinq jours, le drainage étant enlevé en général au deuxième jour.

Des antalgiques 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.

Les signes en rapport avec la myélopathie peuvent régresser souvent en plus de trois mois.

TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE

Le risque de phlébite est exceptionnel en raison d'un lever précoce, et il n'est habituellement pas nécessaire de mettre en place un traitement anticoagulant postopératoire.

Les fils ou agrafes cutanées sont enlevés entre 5 et 10 jours postopératoires.

Une radiographie postopératoire est réalisée, soit en salle d'opération soit en cours de l'hospitalisation.

LES COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle tout seul. Le risque, s'il augmente de façon importante est de comprimer les voies respiratoires, ou même la moelle épinière et peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

Plus rarement

Les risques concernant les vaisseaux sanguins sont exceptionnels car les vaisseaux importants ne sont pas situés dans la région opérée.

Les lésions des nerfs ou de la moelle épinière, sont exceptionnelles, il peut en résulter des pertes de sensibilité ou des troubles paralytiques. Des cas rares d'aggravation neurologique médullaires ont été décrits en raison de la perturbation de la vascularisation de la moelle après la décompression.

La méninge peut être blessée, entraînant une fuite du liquide céphalo-rachidien, cette fuite n'a habituellement pas de conséquence mais elle nécessite de prolonger l'alitement pendant la période d'hospitalisation.

L'infection du site opératoire, dite infection nosocomiale. Très rare au niveau cervical mais peut toujours se produire. En règle générale l'identification du germe en cause et la prescription d'antibiotiques adaptés, éventuellement accompagnées d'un nettoyage chirurgical secondaire, permettent la guérison complète. L'infection peut nécessiter une intervention de nettoyage ou de ponction pour mettre le germe en évidence.

L'alitement et les risques individuels (diabète, varices, ..) peuvent majorer le risque de phlébite des membres inférieurs (caillot dans les veines). Cette phlébite est susceptible d'entraîner une embolie pulmonaire, risque majeur de cette affection, habituellement correctement limité par la prescription des anticoagulants.

La soudure de deux vertèbres : la consolidation osseuse peut être compromise en cas de diabète et de tabagisme et conduire à une absence de soudure (pseudarthrose) qui peut nécessiter une nouvelle intervention en vue de parfaire cette consolidation.

L'intervention sur le niveau opéré ne vous prémunit pas complètement de l'apparition secondaire d'une lésion sur un autre niveau discal.

Le délai de mise en route des traitements de l'ensemble de ces complications, reste un élément très important dans les chances de réussite, il vous appartiendra d'informer votre chirurgien le plus rapidement possible, en cas de présence de la moindre anomalie ou doute.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

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.

Le geste chirurgical peut ne pas donner un résultat parfait, surtout si les lésions nerveuses sont très importantes (avec troubles neurologiques déficitaires soit sensitifs soit moteurs), ou si la compression a été trop longue.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER :

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ?
- Quel est le temps opératoire ?
- Quelle est la durée de l'hospitalisation ?
- Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher