



Myélopathies cervicales

Cervical myelopathy

**J. Brunon (Professeur des Universités, praticien hospitalier) *,
C. Nuti (Praticien hospitalier), R. Duthel (Praticien hospitalier),
M.-J. Fotso (Praticien hospitalier), B. Dumas (Assistant-chef de clinique)**

*Service de neurochirurgie, Hôpital de Bellevue, centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne,
17, boulevard Pasteur, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France*

MOTS CLÉS

Myélopathie cervicale ;
Arthrose cervicale ;
Rachis cervical ;
Moelle cervicale ;
Abord antérieur ;
Laminectomie ;
Laminoplastie

Résumé La myélopathie cervicale est un syndrome clinique en relation avec la diminution des dimensions du canal rachidien ; c'est la plus fréquente des myélopathies après 50 ans. La cervicarthrose est l'étiologie principale, mais de nombreuses autres pathologies peuvent entraîner une réduction significative du diamètre du canal rachidien et une souffrance médullaire. Les sténoses congénitales peuvent donner une myélopathie, mais le plus souvent elles ne constituent qu'un facteur favorisant. Sa physiopathologie est controversée et associe la compression mécanique, les microtraumatismes et des perturbations de la microcirculation ainsi que plus rarement une instabilité vertébrale. Les signes cliniques associent un syndrome métamérique avec des signes radiculaires et/ou une atteinte du motoneurone et un syndrome sous-lésionnel avec des signes pyramidaux, spinothalamiques et cordonaux postérieurs. Son évolution est responsable d'un handicap progressif. Les radiographies simples et l'imagerie par résonance magnétique suffisent habituellement au diagnostic, mais parfois le scanner et le myéloscanner sont nécessaires. La neurophysiologie est utile pour faire le diagnostic différentiel et peut-être aussi le pronostic. Si dans quelques cas les formes bénignes et peu évolutives peuvent être traitées médicalement, le traitement chirurgical est nécessaire dans la majorité des cas. Le choix de la voie d'abord, antérieure ou postérieure, est guidé par les signes cliniques et les données de la radiologie. En Europe, la majorité des patients sont traités par voie antérieure. Le pronostic postopératoire est meilleur quand le traitement chirurgical est réalisé précocement ; les complications postopératoires sont très rares.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Cervical myelopathy;
Cervical spondylosis;
Cervical spine;
Cervical spinal cord;
Anterior approach;
Laminectomy;
Laminoplasty

Abstract Cervical myelopathy is a clinical syndrome related to a cervical spinal stenosis; it is the most frequent type of myelopathy occurring after the age of 50. Cervical spondylosis is the main aetiology, but many other diseases may produce significant reduction of the size of the spinal canal and a myelopathy. Congenital stenosis can induce a myelopathy in rare cases, but it is often only a predisposition. Its physiopathology is unclear and associates mechanical compression, microtraumas and microvascular disturbances, in few cases, with a vertebral instability. The clinical signs combine the metameric syndrome with radicular signs and/or motoneuronal deficit, and a sublesional syndrome with pyramidal, spinothalamic and posterior cordonal tract impairment. Its evolution is responsible for a progressive handicap. X-ray and MRI are generally

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jacques.brunon@chu-st-etienne.fr (J. Brunon).

sufficient to establish the diagnosis. But in a few cases, CT scanning and computed myelography are necessary. Neurophysiology is useful in making differential diagnosis and may have a prognostic value. In some cases, benign and slightly progressive forms may be treated conservatively, but surgery is necessary in most cases. The choice of anterior or posterior approach is guided by the clinical symptoms and radiological findings. In Europe, the anterior approach is the most frequently used technique. The post operative prognosis is better when surgery is undergone early; post operative complications are very rare. © 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le terme de myélopathie rassemble toutes les souffrances chroniques de la moelle épinière quelles qu'en soient les étiologies : vasculaires, inflammatoires, carencielles, postradiques etc. mais le terme de myélopathie cervicale est plus restrictif et doit être réservé aux souffrances chroniques de la moelle en relation avec la diminution des dimensions du canal rachidien cervical dont l'étiologie principale est la cervicarthrose, qui représente à elle seule 55 % des myélopathies chez l'adulte de plus de 50 ans.¹

Étiologies

L'affection s'observe après 50 ans, plus souvent chez l'homme que chez la femme ; sa fréquence augmente avec l'âge ; elle est une des premières causes de handicap fonctionnel chez le sujet âgé.

Sténoses constitutionnelles

Isolées, elles ne donnent qu'exceptionnellement des myélopathies cervicales, en dehors de cas extrêmes représentés par des sténoses sévères comme au cours de l'achondroplasie. Le plus souvent elles ne constituent qu'un élément favorisante.

Cervicarthrose

Les lésions dégénératives du rachis qui débutent de façon relativement précoce, dès l'âge de 20 ans, représentent l'étiologie principale des myélopathies cervicales. Elles paraissent favorisées par le nombre de sollicitations du rachis dans certaines professions, les traumatismes antérieurs (joueurs de rugby) et sont plus précoces et plus fréquentes chez les patients présentant des mouvements anormaux (torticolis spasmodique, maladie de Gilles de La Tourette, choréoathétose...). On peut en rapprocher les décompensations des blocs cervicaux congénitaux qui entraînent une dégénérescence précoce des articulations adjacentes « surmenées ».

La lésion initiale intéresse le disque et correspond à une diminution de l'hydratation du nucleus pulposus, une augmentation du collagène, une diminution de la teneur en mucopolysaccharides et sulfate de chondroïtine. Sur le plan anatomique, il se produit des fissures au niveau de l'annulus dans lesquelles s'engagent des fragments du nucleus. Ces modifications anatomiques altèrent les propriétés mécaniques du disque qui sont à l'origine de la dégénérescence, dans des proportions variables, de l'ensemble des éléments constitutifs des articulations intervertébrales.

Les lésions intéressent successivement le disque (hernies discales « molles », discopathies dégénératives, hernies calcifiées « dures »), les articulations uncovertébrales (uncarthrose), les articulations postérieures (arthrose interapophysaire), l'appareil ligamentaire qui s'hypertrophie, perd ses propriétés mécaniques, s'épaissit et se calcifie. Toutes ces lésions, aggravées par une ostéophytose réactionnelle, réduisent les dimensions du canal rachidien cervical et sont d'autant plus pathogènes que ce canal est constitutionnellement étroit.

Les lésions peuvent parfois être limitées à un ou deux étages adjacents, au niveau des segments les plus mobiles du rachis cervical inférieur (C5/C6 et C6/C7), mais sont parfois étendues à la totalité du rachis cervical inférieur (C3 à C7).

Les lésions dégénératives peuvent aussi être à l'origine de troubles de la statique vertébrale (perte de la lordose physiologique, parfois cyphose ou plus rarement scoliose dégénérative), d'instabilités chroniques, voire de spondylolisthésis dégénératifs par modification de l'orientation des surfaces articulaires. Lors des mouvements de flexion-extension, les ligaments qui ont perdu leur élasticité peuvent venir saillir dans la lumière du canal rachidien et participer à la souffrance médullaire.

Ossification du ligament longitudinal postérieur

C'est une pathologie surtout observée en Extrême-Orient et pourrait correspondre à une forme anatomique spécifique des lésions dégénératives du ra-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9190145>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9190145>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)