

La récupération neurologique après décompression d'une myélopathie cervicale par sténose canalaire

Neurological recovery after cervical cord decompression for canal stenosis myelopathy

H. Pascal-Moussellard *, L.-R. Despeignes **, S. Olindo ***, J.-L. Rouvillain **, Y. Catonné *

* Service d'Orthopédie, CHU Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris Cedex 13.

** Service d'Orthopédie 2C, CHU La Meynard, Fort-de-France, Martinique.

*** Service de Neurologie 6C, CHU La Meynard, Fort-de-France, Martinique.

ABSTRACT

Purpose of the study

Progressive myelopathy secondary to stenosis of the spinal canal is generally treated by surgery. Results of surgical decompression are generally good but the pattern of neurological recovery has not been studied. We followed a cohort of patients who underwent cervical cord decompression to study the course of neurological recovery.

Material and methods

The study cohort included 39 patients (22 men and 17 women), mean age 65.7 years who underwent surgery between 1998 and 2002 for progressive cervical myelopathy. The same surgeon performed all procedures (23 posterior and 16 anterior approaches). The JOA score and MRI findings were noted. The patients were seen at 1, 3, 6, 12, and 18 months then annually (JOA score). The Hirabayashi score was used to assess neurological recovery. Two populations were identified (group 1: preoperative JOA score > 6, group 2: preoperative JOA score ≤ 6).

Results

The mean preoperative JOA score was 8.3/17, range 1-15. Ten patients had a severe JOA score (< 6). The mean postoperative JOA score was 13.3 (range 3-17) at six months and remained stable during follow-up. Neurological recovery as assessed with the Hirabayashi technique was 52.5% on average at last follow-up. Neurological gain occurred mostly during the first to third month following decompression, remaining stable thereafter. Patients with a severe deficit exhibited the same recovery pattern but stabilized at a lower neurological level. Expressed in JOA points, neurological gain was very similar in the two groups. There was no significant difference between patients who underwent anterior or posterior procedures.

Discussion and conclusion

The pattern of neurological recovery in patients with degenerative cervical disease appears to be rapid during the first six months following surgical decompression. The level of recovery then levels off, irrespective of the severity of the initial deficit. This work demonstrated that more specific evaluation scales than the JOA score should be developed for assessment and follow-up of these patients.

Key words: Myelopathy, cervical cord decompression, spondylosis.

RÉSUMÉ

Les myélopathies cervicales évolutives, secondaires à une sténose canalaire rachidienne, relèvent classiquement d'un traitement chirurgical. Si les résultats de la décompression chirurgicale semblent relativement bons, la cinétique de récupération des troubles neurologiques n'a pas été étudiée. Les auteurs ont suivi une cohorte de patients opérés et évalué le mode évolutif de la récupération neurologique.

Trente-neuf patients (22 hommes et 17 femmes), d'âge moyen 65,7 ans, ont été opérés entre 1998 et 2002 pour une myélopathie cervicale évolutive par le même opérateur (23 voies postérieures et 16 voies antérieures). Tous les patients ont été évalués à l'aide du score JOA et d'une IRM. Les patients ont été revus à 1, 3, 6, 12 et 18 mois puis tous les ans et évalués

Tirés à part : H. PASCAL-MOUSSELLARD, à l'adresse ci-dessus.

E-mail : hugues.moussellard@psl.ap-hop-paris.fr

Acceptation définitive le : 30 avril 2005

selon l'échelle JOA. Le score d'Hirabayashi évaluait la récupération neurologique. Deux sous-populations ont été identifiées (groupe 1 : score JOA préopératoire > 6, groupe 2 : score JOA préopératoire ≤ 6) et leur évolution analysée.

Le score JOA préopératoire moyen était de 8,3/17 (extrêmes : 1 et 15). Dix patients présentaient un score JOA préopératoire sévère (< 6). Le score JOA postopératoire moyen était de 13,3 (extrêmes : 3 et 17) à 6 mois postopératoires et se stabilisait dans le temps. Le taux de récupération neurologique, calculé selon la technique d'Hirabayashi était de 52,5 % en moyenne au terme du suivi. Le gain neurologique semble se faire entre le premier et le troisième mois suivant l'intervention chirurgicale pour se stabiliser au-delà. Les patients présentant un déficit sévère suivent la même évolution mais se stabilisent à un niveau neurologique inférieur. Le gain neurologique en points JOA est très proche pour les deux populations. Il n'y a pas de différence significative entre les patients opérés par voie antérieure et les patients opérés par voie postérieure.

La cinétique de récupération des atteintes neurologiques cervicarthrosiques semble se faire rapidement dans les 6 mois suivant la décompression chirurgicale pour se stabiliser au-delà, quelle que soit la gravité de l'atteinte initiale. L'exploration et le suivi de ces patients nécessitent la mise au point d'échelles d'évaluation plus spécifiques que le JOA.

Mots clés : Myélopathie cervicale, sténose canalaire, décompression chirurgicale.

INTRODUCTION

L'étranglement canalaire cervical peut être responsable d'une souffrance de la moelle cervicale. Cette étroitesse peut être primitive, liée à un rétrécissement congénital du canal cervical [canal cervical étroit constitutionnel (CCEC)] ou secondaire. Elle est alors le plus souvent d'origine arthrosique (myélopathies cervicarthrosiques). Si de nombreuses études ont évalué la qualité de la récupération neurologique après décompression chirurgicale ou sa stabilité dans le temps [Matsuda *et al.* (1), Kimura *et al.* (2), Fouyay *et al.* (3), Kadanka *et al.* (4)], nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude évaluant la cinétique de cette récupération. Les auteurs rapportent les résultats d'une étude prospective concernant 39 patients opérés entre 1998 et 2002 pour une myélopathie cervicale évolutive. Le but de cette étude était d'évaluer la vitesse de récupération neurologique en portant un intérêt particulier aux myélopathies sévères.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Tous les patients ont bénéficié d'un examen neurologique standardisé permettant d'identifier la souffrance médullaire cervicale. Ils étaient évalués selon l'échelle de la *Japanese Orthopaedic Association* (score JOA) (*tableau I*) [Mazel *et al.* (5)]. Les modifications apportées aux données d'interrogatoire concernant la maladresse gestuelle permettent d'adapter ce score à la culture occidentale (*tableau I*).

Le bilan radiologique comprenait dans tous les cas des radiographies standard du rachis cervical de face et de profil, sur lesquelles était calculé l'indice de Torg (6), considéré comme pathologique au-dessous de 0,8. L'indice de Torg représente le rapport entre le diamètre antéro-postérieur du canal vertébral et le diamètre antéro-postérieur du corps vertébral (mesuré au milieu de celui-ci), à un étage donné.

Tous les patients ont bénéficié d'une IRM qui affirmait l'étranglement canalaire. Elle objectivait la disparition du liséré de sécurité périmédullaire correspondant à la présence de LCR autour de la moelle et l'éventuelle déformation du cordon médullaire plaqué sur les corps vertébraux en avant et

les lames en arrière. L'IRM permettait de visualiser l'existence éventuelle d'un hypersignal intramédullaire signant la souffrance médullaire.

Les patients ont été opérés en raison de l'association d'un tableau clinique de souffrance médullaire et d'un diagnostic IRM de sténose canalaire cervicale. Il s'agissait 9 fois de canaux étroits constitutionnels et le plus souvent de canaux cervicaux étroits arthrosiques ou mixtes (décompensation arthrosique d'un canal étroit constitutionnel).

La série

Les 39 patients ont été opérés entre 1998 et 2002 de façon consécutive par le même opérateur. Il s'agissait de 22 hommes (56,4 %) et 17 femmes (43,6 %) d'âge moyen 65,7 ans (extrêmes : 38 et 86 ans).

Le tableau clinique habituel associant de façon plus ou moins significative, paresthésies des mains, troubles de la marche et troubles sphinctériens était le plus fréquemment observé. Un syndrome pyramidal était retrouvé à l'examen clinique dans tous les cas.

Des formes cliniques particulières étaient cependant retrouvées :

— 2 patients présentaient un tableau amyotrophique, prédominant au niveau des membres supérieurs. Le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique avait été formellement écarté par l'examen d'un neurologue ;

— 1 patient présentait des troubles sphinctériens urinaires isolés, associés à des réflexes vifs à l'examen clinique.

Dix patients présentaient un score JOA préopératoire inférieur ou égal à 6. Ce score traduit une tétraparésie très sévère correspondant à une perte complète d'autonomie. Ces patients ont été opérés devant l'aggravation de leur tableau clinique durant l'hospitalisation, conduisant à une grabatisation.

Dix patients présentaient un canal lombaire étroit associé symptomatique.

L'indice de Torg était pathologique à au moins un niveau dans 100 % des cas.

L'IRM visualisait la souffrance médullaire sous la forme d'un hypersignal intramédullaire en séquence pondérée T2 dans 16 cas (41 %).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9358065>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9358065>

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