

HERNIES DISCALES CERVICALES : TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR DISSECTOMIE ET INTERPOSITION DE CAGE INTER-SOMATIQUE

Z. BENTALEB, M. FADLI, R. MAAQUILI, N. ELABBADI, F. BELLAKHDAR
Service de Neurochirurgie, Hôpital Avicenne, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

RESUME

Dans ce travail, nous rapportons une série de quatorze patients présentant une ou plusieurs hernies discales cervicales molles ou mixtes. Elles étaient révélées chez dix patients par des névralgies cervico-brachiales. Elles étaient diagnostiquées dans dix cas par IRM, dans un cas par TDM seule et enfin dans trois cas par IRM et TDM. Il s'agissait de douze hommes et de deux femmes. Tous nos patients ont bénéficié d'une dissectomie avec interposition de cage type Phusys. Il n'y a eu aucune complication peropératoire. Dans les suites opératoires immédiates, un patient a présenté une dysphonie qui a évolué favorablement après deux mois. Le recul post-opératoire moyen est d'une année. La douleur radiculaire a disparu chez tous nos patients. Les radiographies post-opératoires n'ont pas montré de trouble de la statique.

Mots clés : hernies discales cervicales, traitement, greffe

INTRODUCTION

Après avoir bénéficié de l'apport diagnostique du scanner et de la résonance magnétique, l'hernie discale cervicale voit son traitement bénéficier de l'avènement de nouvelles techniques chirurgicales. L'utilisation de greffons synthétiques bio-résorbables permet aux chirurgiens de réduire le temps opératoire et d'éviter au malade le prélèvement de greffon osseux.

MATERIEL D'ETUDE

Notre série comprend 14 patients porteurs d'une ou plusieurs hernies discales cervicales (HDC) molles ou mixtes. Ils ont tous bénéficié d'une dissectomie par voie antérieure avec interposition de cage inter-somatique. On note une prédominance masculine (12 hommes, 2 femmes). L'âge moyen est de 53,5 années avec des extrêmes de 21 et 65 ans (le patient de 21 ans avait une HDC post-traumatique). Les

malades dont l'âge était compris entre 30 et 50 ans représentaient 64% (9 sur 14). La durée moyenne d'évolution entre le début des troubles cliniques et l'intervention était de 18 mois avec des extrêmes allant de 01 jour (HDC post-traumatique) à 6 ans. La traduction clinique est marquée par la prédominance de la névralgie cervico-brachiale (NCB) qui a été retrouvée dans dix cas. Différents territoires étaient atteints, ainsi quatre cas présentaient un niveau C5 dont trois concernaient le côté gauche et un le côté droit. Dans sept cas, le niveau était à C6 dont cinq du côté gauche et deux du côté droit. Enfin dans deux cas, le niveau était à C7 tous les deux du côté gauche. Une paresthésie a été retrouvée chez deux patients. Un déficit moteur a été retrouvé chez six patients. Il s'agissait de tétraparésie cotée 2 au moins chez deux malades, un steppage gauche chez un malade et une parésie du membre supérieur gauche chez trois malades. Un déficit sensitif de type hypoesthésie a été retrouvé chez 3 malades dont un porteur d'un Brown Sequard. L'amyotrophie a été retrouvée chez un malade, les réflexes ostéo-tendineux (ROT) ont été altérés (vifs) chez trois patients.

Tous nos patients ont bénéficié de radiographie standard du rachis cervical face et profil (Fig.1), qui ont montré 8 rectitudes cervicales, 2 arthroses cervicales étagées et une luxation (post-traumatique). L'IRM a exploré 13 malades, dans trois cas l'HDC était associée à un canal cervical étroit (CCE) chez trois malades et à une souffrance médullaire chez cinq patients. La TDM a été demandée chez trois malades, chez qui elle a permis de mettre en évidence l'hernie discale, dont une suite à un traumatisme et qui avait une luxation associée. Deux patients avaient bénéficié de l'IRM et de la TDM. Par ailleurs, le bilan neuroradiologique a objectivé l'atteinte de deux étages ou plus dans la majorité des cas. Les niveaux les plus fréquemment atteints sont le niveau C4-C5 (6 cas) et C5-C6 (6 cas).



Fig. 1. a : Radiographie du rachis cervical de profil préopératoire : pincement de deux étages (C4-C5 et C5-C6).



Fig. 1. b : Radiographie postopératoire [dissectomie-greffe de substitut bio-résorbable (cage Phusys)] : rétablissement de la hauteur inter-somatique.

TECHNIQUE

Le matériel utilisé, les cages inter-somatiques Phusys, est bio-résorbable. Ces cages sont faites de molécules de haut poids moléculaire : acide lactique (L et D lactique). Leur résorption retardée permet une bonne consolidation osseuse. La résorption se fait par hydrolyse en donnant du CO₂ et de

l'eau. On en distingue deux diamètres 7 et 9 mm.

L'intervention est réalisée de façon classique par un abord présterno-cleido-mastoïdien, en utilisant une incision longitudinale lorsque plus de deux étages étaient atteints. Après incision du peucier puis effondrement des aponévroses (superficielle, moyenne et profonde), la face antérieure du rachis a été abordée en passant entre l'axe aérodigestif en dedans et l'axe vasculaire en dehors. Les muscles longs du cou ont été ruginés latéralement. La dissectomie a été réalisée, sans microscope à l'aide de bistouri, pince à disque et curette en s'aidant du distracteur de Cloward. Le disque est cureté le plus complètement possible jusqu'à la visualisation du ligament vertébral postérieur. La pose des cages inter-somatiques cervicales bio-résorbables commence par une mise en forme des plateaux vertébraux grâce au conformateur pour la préparation des logements des cages. Le conformateur est retiré, puis la cage correspondant au diamètre du conformateur, est mise en place en utilisant le tournevis. Dans certains cas, plus d'un étage était intéressé.

RESULTATS

Nous n'avons eu à déplorer aucune complication peropératoire. En post-opératoire, la NCB a disparu chez tous les malades qui en souffraient (10 cas). Une hypoesthésie a été retrouvée chez un malade à 15 jours. Un malade a présenté une dysphonie qui a régressé à 2 mois. A trois mois, deux malades ont gardé un déficit moteur (tétraparésie permettant la marche). Chez un malade, on a retrouvé des ROT vifs à deux mois. Cinq patients n'ont pas été revus. Dans l'ensemble, le recul moyen est d'environ une année.

DISCUSSION

L'hernie discale cervicale a suscité beaucoup d'intérêt au cours des dernières décennies. Deux aspects ont principalement été les sujets des discussions : les voies d'abord (antérieure ou postérieure) et les techniques proprement dites (greffe, ostéosynthèse...).

La voie postérieure a été la plus anciennement utilisée pour le traitement des radiculopathies cervicales (1). Par la suite, le développement considérable de la voie antérieure depuis les travaux de Cloward, Smith et Robinson a fait oublier l'abord postérieur. On retrouve dans la littérature de nombreux travaux et revues générales comparant la voie antérieure et la voie postérieure dans le traitement des radiculopathies cervicales (2, 3, 4, 5, 6). Le traitement moderne chirurgical des hernies discales cervicales est réalisé par les abords antérieurs du rachis cervical qui se subdivisent : en

abords antéro-médians, en abords antéro-latéraux et en abords combinés antéro-médio-latéraux (7).

Pour Onimus (8), l'indication d'un abord antérieur est formelle en cas de hernie discale médiane, ou en cas de symptomatologie médullaire associée à la radiculopathie. L'abord antérieur est également préférable s'il existe une composante ostéophytique associée, ou en cas de déformation sagittale en cyphose que l'on peut corriger par l'interposition d'un greffon (8). Ainsi, les abords postérieurs ont vu leurs indications se réduire énormément.

Concernant la technique utilisée, la tendance actuelle est l'arthrodèse systématique après ablation de l'hernie discale molle ou dure. Plusieurs autres techniques sont utilisées et ont leurs adeptes. L'ablation de la hernie par voie antérieure sans curetage discal, méthode défendue par Sénégas et Vital (9, 10) a pour argument la conservation d'une mobilité discale qui préserverait ainsi la dégénérescence des disques sus- et sous-jacents. Par contre, sur le plan de l'indolence, cette méthode est critiquable, contrairement à l'arthrodèse-ostéosynthèse dont les résultats sont bien meilleurs (11). La technique de nucléotomie transcutanée est utilisée par certains auteurs avec succès. En raison de la petitesse du disque cervical, certains estiment que l'ablation de la hernie non suivie d'arthrodèse entraîne rapidement une discopathie douloureuse et perturbe la statique cervicale (7). La nucléolyse cervicale a également été proposée et utilisée par certaines équipes. Pour certains auteurs, elle serait dangereuse à cause de la substance utilisée qui serait susceptible d'entrer dans le canal à travers l'orifice herniaire et d'attaquer alors les vaisseaux (7).

Les arguments en faveur de l'arthrodèse systématique, la technique la plus répandue, sont nombreux : la restauration de la hauteur de l'espace intervertébral et l'éviction des sténoses des trous de conjugaison, la préservation de la lordose cervicale physiologique, ce qui protège les disques avoisinants de la dégradation secondaire, la prévention d'éventuelle instabilité et enfin l'indolence post-opératoire presque constante appuyée par l'expérience (7).

La décision de reconstruire ou non l'espace opéré est liée en fait à la conviction et aux habitudes de chaque chirurgien. Dans une analyse de la pratique des neurochirurgiens européens francophones (12), on note l'utilisation de la technique de Cloward dans 80 à 90% des cas. Dans 34,7% des cas, aucune reconstruction n'a été réalisée (dissectomie sans greffe) lorsque la décompression n'a intéressé qu'un seul étage. Dans 25,7% des cas, une greffe inter-somatique encastrée a été pratiquée sans ostéosynthèse complémentaire sur 1, 2 ou 3 étages. L'utilisation des cages bio-résorbables

paraît gagner du terrain, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer cette tendance.

Dans notre étude, l'utilisation des greffons bio-résorbables a des motivations diverses : éviter les complications spécifiques au niveau du site de prélèvement de greffe (hématomes, suppuration) et des séquelles tardives (douleur locale, névralgies) présentes dans 10 à 18% des cas (12). L'utilisation des greffons synthétiques résorbables a en plus permis un meilleur confort de travail pour le chirurgien et une réduction du temps opératoire. Enfin, les greffons osseux particulièrement peuvent s'écraser, ce qui limite leur rôle dans la restauration de la hauteur de l'espace intervertébral. Cependant, il est juste de rappeler qu'il n'existe pas encore de substitut osseux parfait dont le pouvoir d'incorporation se rapproche suffisamment de l'autogreffe. De toute façon, on ne dispose le plus souvent que de résultats à court terme. Seuls les résultats à long terme pourront être déterminants.

CONCLUSION

Depuis les années 70, la voie antérieure a connue un grand essor dans le traitement des HDC. La greffe de reconstruction est de mise surtout en cas d'atteinte multi-étagée.

De part cette étude, nous partageons cette tendance générale tout en préférant l'alternative à la greffe osseuse, le matériel bio-résorbable, pour éviter les problèmes liés au prélèvement osseux.

REFERENCES

- 1- Frykholm R. Cervical nerve root compression resulting from disc degeneration and root sleeve fibrosis. A clinical investigation. *Acta Chir Scand* 1951, supplementum 160.
- 2- Chesnut RM, Abitbol JJ, Garfin SR. Surgical management of cervical radiculopathy. Indication, techniques and results. *Orthop Clin North Am* 1992 ; 23 : 461-474.
- 3- Dillin W, Booth R, Cuckler J, Balderston R, Simeone F, Rothman R. Cervical radiculopathy. A review. *Spine* 1986 ; 11 : 988-991.
- 4- Ducker TB, Zeidman SM. The posterior operative approach for cervical radiculopathy. *Neurosurg Clin N Am* 1993 ; 4 : 61-74.
- 5- Grofe W, Kalff R, Rosen K. Die operative Behandlung zervicaler Bandscheibenvorfälle. *Zentralebl Neurochir* 1991 ; 52 : 101-108.
- 6- Herkowitz HN, Kurz LT, Overholt DP. Surgical management of cervical soft herniation. A comparison between the anterior and posterior approach. *Spine* 1990 ; 15 : 1026-1030.
- 7- Kehr P. Hernies discales cervicales Conférences d'enseignement de la SOFCOT 1998 ; 66 : 1-16.

- 8- Onimus M, Destrumelle N, Gangloff S. Le traitement chirurgical des hernies discales cervicales. Abord antérieur ou abord postérieur ? Rev Chir Orthop 1995 ; 81 : 296-301.
- 9- Sénégas J, Gauzere JM. Traitement des lésions cervicales par voie antérieure. Rev Chir Orthop 1977 ; 63 : 466-469.
- 10- Vital JM, Pointillart V, Mousselard H, Mangione P, Sénégas J. Voie d'abord et fixations antérieures du rachis cervical bas. In : Rachis cervical dégénératif, sous la direction de P. Kehr (Cahiers d'enseignement de la SOFCOT n°48, pp. 64-73), Paris, Expansion Scientifique Française, 1994.
- 11- Kehr P. Les abords antéro-latéraux et les abords combinés du rachis cervical. In : Rachis cervical dégénératif, sous la direction de P. Kehr (Cahiers d'enseignement de la SOFCOT n°48, pp. 74-85), Paris, Expansion Scientifique Française, 1994.
- 12- Brunon J, Born JD. Chirurgie antérieure et antérolatérale du rachis cervical dégénératif. Place de la greffe et de l'ostéosynthèse. Analyse de la pratique des neurochirurgiens européens francophones. Neurochirurgie 2000 ; 46 (1) : 54-58.