



## Le Canal Cervical Etroit.

## La Myélopathie Cervicale.

Madame, Monsieur,

Votre médecin traitant, votre rhumatologue ou votre radiologue vous ont diagnostiqué la présence d'un canal cervical étroit (ou sténose du canal cervical). Celui-ci peut être à l'origine de vos douleurs actuelles, « la névralgie cervico-brachiale », de votre cervicalgie, de votre maladresse des mains, de votre fatigabilité à la marche.

Ce document va vous permettre de comprendre cette pathologie, de vous informer de son évolution et de ses traitements médicaux ou chirurgicaux.

En cas d'échec d'un traitement médical bien conduit, une intervention chirurgicale pourra alors vous être proposée. Ce document ne remplacera pas les informations recueillies auprès de votre médecin traitant ou d'un chirurgien spécialisé.

## Anatomie du canal cervical étroit.

Le canal cervical étroit correspond à une diminution du diamètre du canal rachidien cervical par augmentation d'un ou plusieurs éléments qui le constituent (articulaire postérieur, capsule articulaire, et, disque intervertébral), ou, celui-ci est présent dès votre naissance (canal cervical

étroit constitutionnel).

Avoir un canal cervical étroit n'entraîne pas forcément une gêne. Avec l'âge par contre, d'autres problèmes peuvent s'y ajouter et augmenter ainsi le rétrécissement.

La **colonne vertébrale** (ou rachis) est constituée de 24 vertèbres, empilées les unes sur les autres, et reliées entre elles par un disque intervertébral.

Au point de vue anatomique, elle est subdivisée en 3 zones distinctes : le rachis cervical (7 vertèbres), le rachis thoracique (12 vertèbres) et le rachis lombaire (5 vertèbres).

### La vertèbre cervicale

Chaque **vertèbre** présente dans sa partie postérieure un « trou », ou *canal rachidien*, au sein duquel sont protégées les structures nerveuses, la *moelle épinière*. En effet, la moelle épinière concentre toutes les fibres nerveuses qui transmettent les ordres voulus ou non du cerveau aux différentes parties de notre corps. Chaque racine sort du canal rachidien par un orifice, le foramen situé à hauteur d'un disque intervertébral.



Vertèbre cervicale.

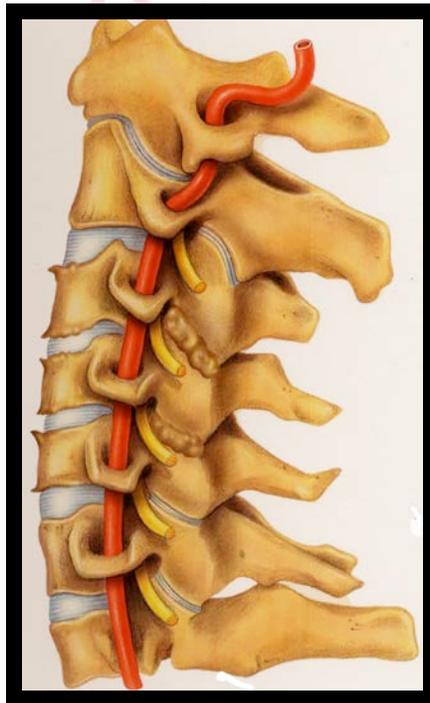
Ce canal cervical est normalement assez large pour protéger le sac dural. Parfois, à cause d'une anatomie congénitale particulière (*canal cervical étroit*

*constitutionnel*, présent depuis la naissance) ou à cause d'une arthrose des articulations postérieures (*canal cervical étroit dégénératif*), celui-ci peut se rétrécir progressivement et entraîner une compression de son contenu, la moelle épinière et les racines nerveuses.

## Le disque intervertébral

Le **disque intervertébral** est constitué d'un annulus en périphérie (anneau fibreux), et au centre d'un nucléus ou noyau gélatineux.

Il est un élément essentiel de cette structure complexe, il assure les mouvements de notre colonne vertébrale, en flexion/extension (penché en avant ou vers l'arrière la tête), en torsion et en inclinaison latérale. Il a aussi un rôle d'amortisseur en cas de choc ou d'hyperpression entre deux vertèbres, permettant une répartition harmonieuse des contraintes.



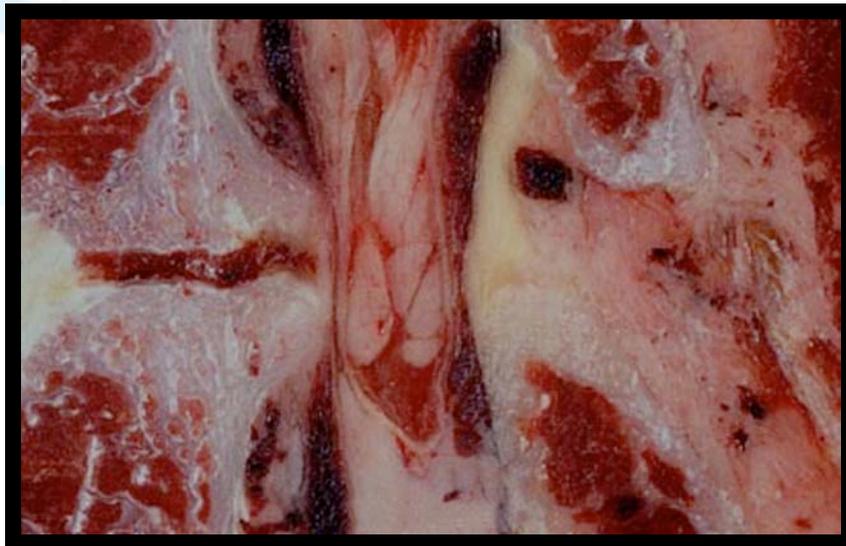
Vue de profil du rachis cervical. Le disque intervertébral relie 2 vertèbres entre elles. Chaque racine sort du canal rachidien par un trou, le foramen.

De part toutes ces caractéristiques, on comprend alors pourquoi le disque intervertébral est aussi un élément de fragilité de la colonne vertébrale. Avec les années, il devient moins souple, se déshydrate et se fissure au niveau de son annulus. Des efforts physiques répétés, au travail ou pendant une activité sportive, peuvent accélérer son vieillissement.

Les disques ont 1cm à 1,5cm d'épaisseur. Leur épaisseur varie selon l'étage de la colonne vertébrale (plus épais en bas, lombaire qu'en haut, cervical). Plus les disques sont mobiles, plus ils permettent des mouvements importants.

Lorsque le disque s'écrase, et perd son rôle d'amortisseur, commence alors la discopathie et les douleurs cervicales (ou cervicalgie, crée par une hyperpression intra discale et son dysfonctionnement). En effet, le nucléus peut alors migrer au sein de l'annulus et entraîner des cervicalgies aiguës ou chroniques. Au maximum, le nucléus peut faire saillie dans le canal rachidien et former alors une protrusion discale ou une hernie discale, dont le volume intra canalaire est très variable

Cette protrusion discale peut aggraver des douleurs préexistantes de canal cervical étroit constitutionnel ou dégénératif, en diminuant encore plus le diamètre du canal rachidien.



Anatomie d'une hernie discale dure : on retrouve une compression antérieure par le disque et des ostéophytes, et, postérieure par un épaissement des articulaires.

## Les articulaires postérieures

La mobilité du rachis cervical dans les 3 dimensions de l'espace est possible grâce à la présence d'un complexe articulaire particulier, les ***articulaires postérieures***.

## Origine de la myélopathie cervicale

La cause la plus fréquente de myélopathie cervicale est le développement d'une arthrose, liée au vieillissement du rachis cervical.

Comme toutes les articulations du corps humain, les articulaires postérieures sont sujettes à l'apparition d'une arthrose, liée au vieillissement, entraînant une déformation de celles-ci, un épaissement anormal de la capsule articulaire.

Elle entraîne la formation de petits becs de perroquets en os, « *des ostéophytes* » au niveau des articulations et des plateaux vertébraux, qui eux aussi diminuent le diamètre du canal.



Bec osseux qui se développent dans le canal : Osteophytes. Disque au dessus normal

Cette arthrose des articulaires postérieures engendre une diminution du canal cervical d'origine dégénérative, avec une fermeture concentrique du foramen. On retrouve à l'interrogatoire un long passé de cervicalgie, avec ou sans de névralgie cervico-brachiale, et des signes de **myélopathie cervico-arthrosique**.

A cette arthrose, plusieurs éléments pathologiques peuvent s'y associer, une discopathie (pincement discal et protrusion discale intra canalaire), une instabilité vertébrale ou un glissement des vertèbres, un épaissement du ligament jaune ou du ligament commun vertébral postérieur.

Toutes ces anomalies conduisent au rétrécissement du diamètre du canal rachidien cervical, et donc à la compression et à une souffrance de la moelle épinière.

Quelles sont les conséquences de l'apparition d'un canal cervical étroit ?

La myélopathie se manifeste par des signes neurologiques de gravité variable, et d'intensité variable, pouvant induire un retard diagnostique très fréquent.

### **La cervicalgie**

La dégénérescence discale et l'arthrose des articulaires postérieures sont à l'origine de douleur du rachis cervical, ou **cervicalgie**. D'évolution progressive avec le vieillissement, elle peut être très invalidante, surtout en cas de discopathie associée.

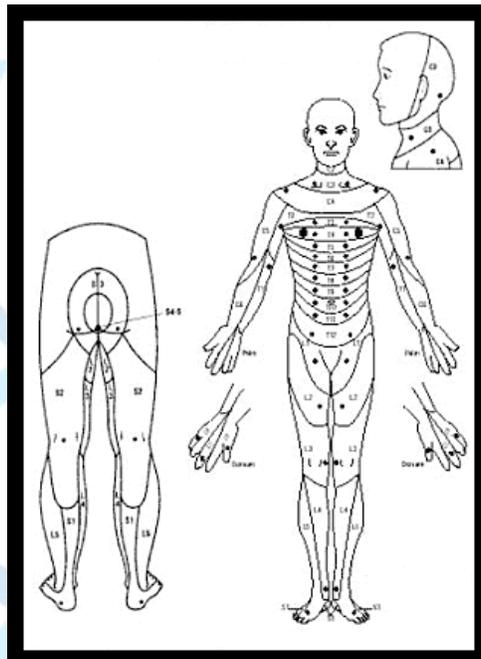
### **La névralgie cervico-brachiale**

En regard de chaque disque cervical, une racine nerveuse quitte la moelle et le canal rachidien par le foramen. L'arthrose des articulaires postérieures et l'apparition d'une hernie discale peuvent être à l'origine d'une compression de la racine nerveuse. Cette

compression peut entraîner une douleur dans le bras, **la névralgie cervico-brachiale**, ou syndrome radiculaire.

Chaque trajet douloureux dans l'épaule, le bras et la main oriente dès le départ vers une racine bien définie.

La douleur radiculaire présente des caractéristiques communes : un trajet de la douleur bien précis, une douleur exacerbée par tout effort augmentant la pression abdominale (défécation, toux, éternuement), par les mouvements du rachis cervical, par le port de charges lourdes.



Niveau sensitif et trajet douloureux (Score ASIA).

A cette cause mécanique (par compression de la racine), la protrusion discale entraîne une inflammation et une irritation de la racine nerveuse, provoquant elles aussi une névralgie cervico-brachiale.

## Les paresthésies, et les dysesthésies

L'intensité de cette douleur est très variable selon les individus, elle peut s'accompagner de **paresthésies** (sensation de picotement, de décharge électrique ou de fourmillements dans les mains) ou de **dysesthésies** (altération de la sensibilité : hyper/hypo/an/dys-esthésie) du membre

supérieur, surtout au niveau des mains.

Parfois seules les paresthésies ou les dysesthésies sont présentes, passant le plus souvent inaperçu ou passager. Un avis médical sera nécessaire pour confirmer le diagnostic.

### **Le déficit moteur ou sensitif**

Parfois vous n'arrivez plus bien à bouger certaines parties de votre bras (diminution de force dans les mains, impossibilité de relever la main, ou d'étendre le coude,), on parle alors de **paralysie** partielle ou complète.

On retrouve fréquemment à l'interrogatoire une maladresse d'une ou des 2 mains, avec lâchage d'objet, difficulté dans les gestes fins de la main (boutonner une chemise, écriture,...).

En cas de paralysie, la pression exercée sur le nerf peut entraîner des lésions irréversibles, et la paralysie comme séquelle définitive. Il s'agit donc d'une urgence chirurgicale.

### **La myélopathie cervico-arthrosique**

Un canal cervical étroit peut aussi comprimer les racines nerveuses à destinée des 2 membres inférieurs, cela peut provoquer des problèmes pour marcher (une fatigabilité à la marche, une perte de force dans les cuisses et les jambes, une perte d'équilibre, jusqu'à la paralysie complète) et des troubles sexuels ou sphinctériens (urinaire et fécal)..

On parle alors de **myélopathie cervico-arthrosique** (aux lésions irréversibles fréquentes et très invalidantes). Il s'agit donc la aussi d'une urgence chirurgicale.

## Comment en faire le diagnostic ?

La **radiographie du rachis cervical** de face et de profil est prescrite en cas de douleur persistante, non soulagée par un traitement médical simple. Elle permet d'éliminer d'autres causes à l'origine de névralgie cervico-brachiale (fracture du rachis cervical passée inaperçue), et d'apprécier le

degré d'arthrose.



Radiographie rachis cervical de profil : inversion de courbure, arthrose des articulaires postérieures étagées, ostéophytes dans le canal.

Le **scanner** ou l' **IRM du rachis cervical** est prescrit en cas de persistance des douleurs malgré la modification du traitement médical antalgique, toujours en complément du bilan radiographique, ou en cas de paralysie ou de myélopathie cervico-arthrosique. Il permet de visualiser le canal cervical étroit et la compression de la racine, ainsi qu'un bilan complet des autres disques et autres étages cervicaux.

Le *scanner du rachis cervical* est l'examen de première intention à réaliser. Il permet d'apprécier l'origine osseuse de la compression du canal (arthrose et ostéophytes).

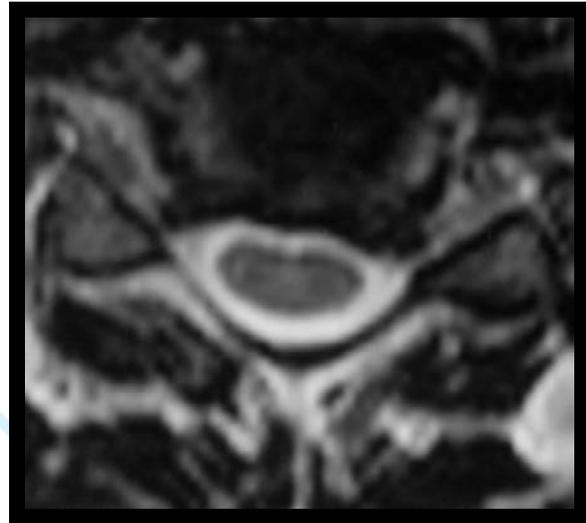


Coupe axiale Scanner cervical en C5-C6 : nombreux ostéophytes dans le canal.

Une *IRM du rachis cervical* est prescrite systématiquement pour bien évaluer la compression de la moelle épinière, et surtout pour rechercher en cas de myélopathie, un hyper signal dans la moelle, ce qui correspondrait à un signe de souffrance médullaire, de très mauvais pronostic. Elle sera systématique en cas d'intervention chirurgicale prévue.



Coupe sagittale IRM rachis cervical et myélographie cervicale : Aspect en collier de perle typique d'un canal cervical étroit étagé.



Coupe IRM d'une hernie discale dure C4-C5 : noter la discopathie évoluée C4-C5. Canal cervical étroit C4-C5.

L'**électrophysiologie** (EMG, PES) a un intérêt en cas de formes frustrées (doute diagnostique), si plusieurs causes sont possibles (douleur évoquant un syndrome du canal carpien), ou en cas de bilan pré-opératoire d'une myélopathie cervico-arthrosique avérée.

Qu'elle est l'évolution naturelle d'un canal cervical étroit et les moyens thérapeutiques disponibles ?

### **Le traitement médical**

Le *traitement médical* initial permet de vous soulager en cas de crise douloureuse.

Il permet de stabiliser les douleurs, mais ne traite pas, ne ralentit pas l'évolution de l'arthrose et du canal cervical étroit, c'est pourquoi

l'intervention chirurgicale doit être discutée dès l'apparition des premiers signes

Il associe une prescription médicamenteuse (antalgique, AINS, décontractant musculaire, voire des corticoïdes par voie orale) à du repos. On peut y associer un collier cervical souple en cas de notion de traumatisme, ou de forme très douloureuse (surtout quand les mouvements du cou majorent la douleur).

L'évolution naturelle du canal cervical étroit est vers l'aggravation des douleurs, des paresthésies, de la maladresse des mains jusqu'à l'apparition de déficits moteurs et/ou sensitifs, d'une myélopathie cervico-arthrosique, d'un syndrome tétra pyramidal au maximum.

Cette évolution peut être sur quelques semaines, quelques mois ou quelques années.

Toutes les études médicales, ces dernières années, ont montré une supériorité du traitement chirurgical par rapport au traitement médical quand à la prise en charge du canal cervical étroit. Seul celui-ci permet d'élargir le diamètre du canal médullaire.

## **Le traitement chirurgical**

Le *traitement chirurgical* sera proposé aux patients dont le traitement médical prolongé s'est avéré un échec ou de première intention, en urgence en cas de situations à risque de lésion neurologique irréversible.

Ces situations à risque sont :

- la présence d'un *déficit neurologique moteur* (la paralysie) ou *sensitif*, on parle alors de radiculalgie paralysante.
- La présence de *troubles sphinctériens* (le syndrome de la queue de cheval), perte d'urine ou de selles, constipation opiniâtre récente, impuissance, rétention d'urine avec effort de poussée,...
- La sévérité des signes cliniques,
- De myélopathie cervico-arthrosique débutante ou évoluée.

La chirurgie consiste en un élargissement du canal rachidien, libérant la racine nerveuse (vous soulageant ainsi de la douleur dans le bras), et libérant la moelle épinière (récupération des déficits neurologique, amélioration de la

marche).

La chirurgie ne permet pas une réparation du disque (les lésions discales sont irréversibles), ainsi, la douleur du cou n'est soulagée que partiellement, ou pas du tout par l'intervention.

La chirurgie permet une récupération partielle à totale des troubles sphinctériens et des déficits neurologique moteur ou sensitif, variable selon la durée d'évolution des déficits et de l'atteinte intrinsèque de la racine nerveuse. Cette récupération est d'autant plus importante que l'intervention est proche de l'apparition des troubles neurologique, et plus aléatoire, en cas de durée d'évolution prolongée du déficit (quelques jours suffisent pour abimer sérieusement une racine nerveuse).

Une consultation d'anesthésie sera organisée en préopératoire. Il faut prévoir de lui ramener toutes vos ordonnances de votre traitement habituel, des bilans cardiaques en cas de maladie associée...

Au cours de l'intervention, vous dormirez complètement (anesthésie générale).

La durée de l'intervention est variable selon la technique opératoire, la complexité du geste à réaliser, et la présence de pathologies associées (spondylolisthesis cervical). Elle varie de 60 à 120 minutes en moyenne. Les transfusions per ou post opératoire sont exceptionnelles, car le saignement lié à l'intervention est très faible.

L'intervention se déroule dans un bloc opératoire conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Afin de minimiser les risques infectieux, vous prendrez une douche bétadinée la veille et peu de temps avant l'intervention (cheveux compris), et plusieurs badigeonnages à la Bétadine vous seront réalisés au bloc opératoire.

Il existe deux techniques possibles pour élargir le canal rachidien:

- Soit à l'avant du cou, par voie antérieure en trans-discale, technique la

plus utilisée en cas d'intervention du rachis cervical si la compression est sur 1 ou 2 étages,

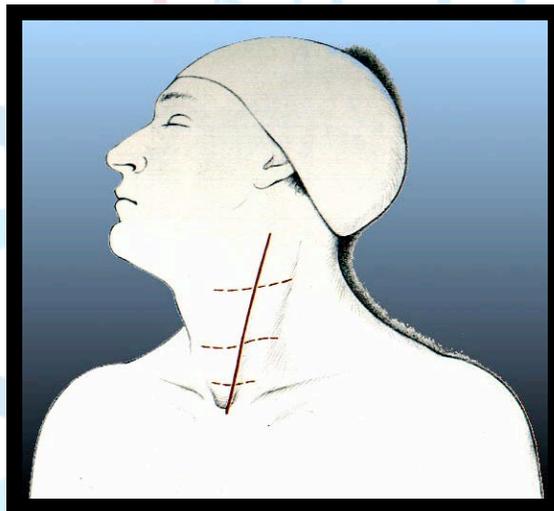
- Soit dans la nuque, par voie postérieure, si la compression cervicale est étendue.

Traitement par voie antérieure :

Vous serez allongé sur le dos, sur une table spécifique à la chirurgie rachidienne.

Un contrôle radiographique sera effectué avant l'intervention pour centrer l'ouverture de la peau en regard du niveau lésionnel.

L'ouverture cutanée sera de quelques centimètres au niveau du cou.



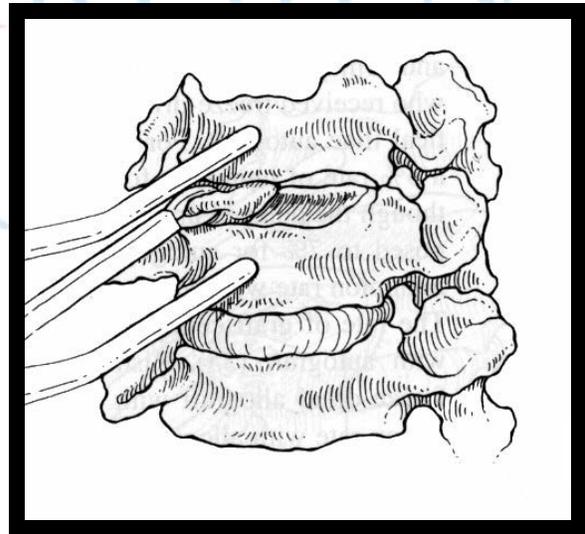
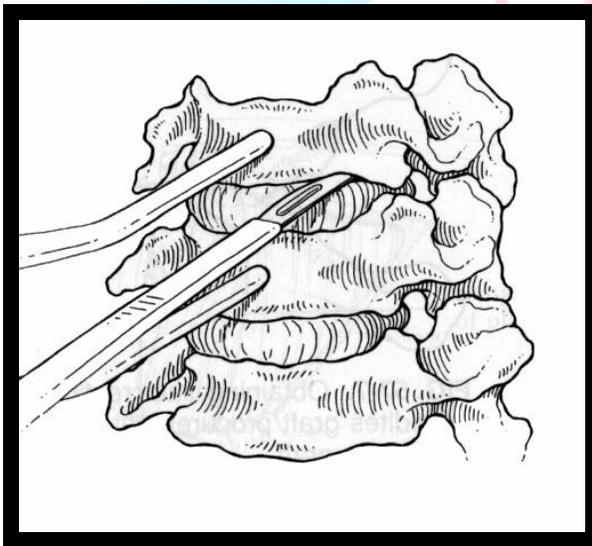
Incision cutanée

Une fois la peau ouverte, le chirurgien écartera le muscle sterno-cléido-mastoïdien, afin de trouver un passage entre les gros vaisseaux du cou en arrière (artère carotide externe) et le tractus aéro-digestif (œsophage et trachée) en avant. On aborde alors la face antérieure du rachis, ainsi que le ou les disques lésés.



Vue durant l'intervention du disque

Après avoir confirmé par une radiographie qu'il est sur le bon disque, il va pouvoir l'enlever complètement (une *discectomie*) à l'aide d'instruments spéciaux adaptés à ce type de chirurgie, le but étant de retirer tout le disque qui pose problème, ainsi que les becs ostéophytiques qui compriment la moelle. Parfois nous sommes obligés de retirer une partie osseuse du corps vertébral, réalisant une corporectomie, afin d'accéder au canal rachidien.

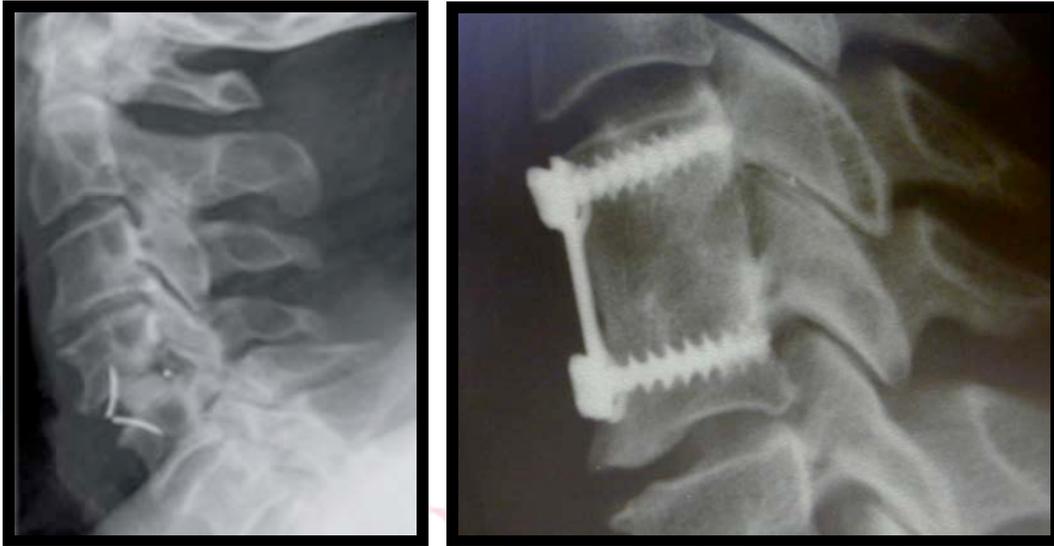


Technique chirurgicale de discectomie

Une fois le disque ou le corps vertébral retiré, on remplace le disque par un matériel particulier, une *cage intersomatique* entre les 2 vertèbres qui sera rempli soit de morceaux d'os (greffon) pris ailleurs (sur la crête iliaque), soit d'os artificiels (substitut osseux), soit une *greffe osseuse* de plusieurs centimètres (os retiré au niveau de la crête iliaque antérieure). Au fil du

temps, cet os se soude avec les vertèbres du dessus et du dessous et les stabilise (une arthrodèse).

Dans certains cas, cette greffe est renforcée par la mise en place d'une plaque vissée dans les 2 corps vertébraux.



Exemples de radiographies post-opératoires : cage et greffon+plaque.

Une cicatrice plus grande peut être réalisée en cas de nécessité de gestes complémentaires pour libérer la racine nerveuse (corporectomie, hernie discale sur 2 étages)

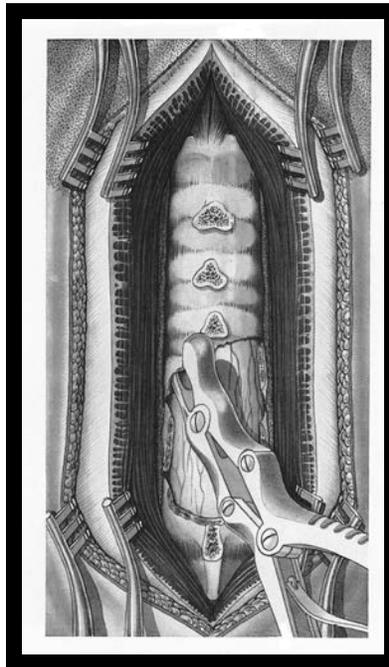
#### Traitement par voie postérieure :

Vous serez allongé sur le ventre, sur une table spécifique à la chirurgie rachidienne.

Un contrôle radiographique sera effectué avant l'intervention pour centrer l'ouverture de la peau en regard du rachis cervical de la 3eme vertèbre cervicale à la 7eme vertèbre (de C3 à C7).

L'ouverture cutanée sera d'une dizaine de centimètres au niveau de la nuque. Après avoir exposé le rachis cervical de C3 à C7, le chirurgien enlève la partie arrière de certaines vertèbres (la lame), réalisant une laminectomie. La moelle épinière aura alors plus de place en arrière, reculera de quelques millimètres,

et ne sera plus comprimée en avant et en arrière.



Laminectomie cervicale étagée par voie postérieure.

La fermeture de la peau se fait soit par des points séparés, par des agrafes, ou par un surjet intradermique, qu'il faudra retirer à 21 jours de l'intervention.

Un système de drainage du site opératoire sera mis en place afin d'éviter tout hématome post opératoire. Il sera retiré le surlendemain de l'intervention.

Une immobilisation par un collier cervical mousse est débutée juste après l'intervention, dont la durée est variable en fonction de la technique chirurgicale utilisée.

Vous passerez 3 heures après l'intervention dans la salle de réveil du bloc opératoire, pour surveillance, et gestion de la douleur.

### **Les suites opératoires :**

Les douleurs postopératoires seront bien contrôlées par le traitement analgésique mis en route par l'anesthésiste (jusqu'à la pompe à morphine).

Les douleurs du bras peuvent disparaître dès le réveil ou dans les jours qui suivent l'intervention. Il arrive que le nerf fasse encore mal, même après avoir été libéré, surtout si celui-ci souffre depuis longtemps (« mémoire de la douleur »).

En cas de chirurgie par l'avant, une gêne à la déglutition lors de la reprise de l'alimentation solide est fréquente en post-opératoire. La reprise de l'alimentation est donc liquide durant les premières 24H. Une voix un peu rauque peut aussi survenir durant les premières 24H.

Des cervicalgies persistantes en postopératoire ou secondaire sont habituellement dues à une instabilité de la colonne vertébrale, une insuffisance musculaire et nécessitent un renforcement musculaire. L'opération ne traite que le problème de la racine nerveuse ou de la moelle épinière coincée.

Les déficits moteurs sont les plus rapides à disparaître, les troubles sensitifs peuvent prendre plusieurs semaines. Personne ne peut vous garantir une récupération motrice et/ou sensitive complète en post-opératoire. Il faut souvent attendre plusieurs mois avant de parler de séquelles nerveuses.

Une difficulté d'uriner est fréquente au réveil (morphine, anesthésie) et dans les 24 premières heures. Un sondage aller retour pourra alors être effectué par l'infirmière afin de vider la vessie.

Des troubles digestifs (constipation, ballonnement) sont fréquents (morphine, anesthésie) pouvant nécessiter la prise de médicament.

Le premier lever s'effectue dès le lendemain de la chirurgie par le kinésithérapeute de la clinique. Des malaises vagues peuvent survenir lors des premiers levés, nécessitant un lever progressif et une position assise au bord du lit prolongée.

Des troubles neurologiques moteurs (paralysie) et/ou sensitifs (région anale ou génitale) peuvent apparaître ou s'aggraver en post opératoire. Il faut prévenir rapidement l'infirmière qui en informera votre chirurgien. Cette situation très rare fait évoquer un *hématome compressif post opératoire*, nécessitant une reprise chirurgicale en urgence afin de lever cette compression.

La durée de l'hospitalisation varie de 4 à 5 jours, avec un retour à votre domicile. Une rééducation précoce peut vous être proposée par votre chirurgien.

En cas de patients âgés, ou vivants seuls ou de l'existence de déficit avant l'intervention, un centre de rééducation peut vous être proposé à la sortie de la clinique pendant 2 à 3 semaines. Il faut mieux le prévoir à l'avance avec votre chirurgien.

Une fois chez vous, le but est de vous reposer et de ne pas faire trop d'efforts, surtout éviter de porter vos courses, de reprendre une vie normale, calme pendant 6 à 8 semaines.

La meilleure rééducation, initialement, est de reprendre vos activités quotidiennes, en particulier la marche. La conduite automobile est habituellement autorisée à partir de la 4ème semaine.

Un rendez vous de contrôle sera organisé à 3 semaines post opératoire pour réaliser un contrôle clinique et radiologique, et débiter la rééducation.

La reprise du travail est à prévoir à partir du 2ème ou 3ème mois, en fonction du type de travail. En cas d'impossibilité de reprendre son activité (travailleur de force), un reclassement professionnel peut être envisagé avec votre médecin de travail.

### Quels sont les risques liés à une intervention chirurgicale ?

Toutes interventions chirurgicales présentent des risques, qui seront décrits, mais la liste est non exhaustive. Elles sont rares dans ce type d'intervention qui est une intervention courante à la clinique Geoffroy Saint Hilaire.

Ces risques, même rare, sont inhérents à tous les traitements chirurgicaux. Il n'existe pas de pourcentage de risque à vous donner. Ce risque est individuel, variable d'un individu à l'autre, en fonction de ses antécédents, de la lourdeur

du geste à réaliser.

Tout traitement, même à l'aide de médicament comme les antalgiques, présente des risques (voire la liste des effets secondaires de vos médicaments).

L'évolution d'un canal cervical étroit comporte lui aussi des risques en cas d'évolution prolongée, pouvant aller jusqu'à la paralysie des 4 membres.

Ce risque existe d'autant plus en cas de traumatisme de la tête (accident de voiture et coup du lapin, chute de sa hauteur et traumatisme crânien, choc direct sur le front). En effet, ce choc peut aggraver la compression de manière brutale, et entraîner une tétraplégie transitoire ou définitive avec des séquelles importantes.

Comme nous l'avons vu, il s'agit d'une pathologie complexe dont le résultat après la chirurgie n'est jamais garanti d'avance. Il existe toujours des plaintes fonctionnelles persistantes après l'intervention, le plus souvent mineures, caractérisées de « séquelles » mais les bénéfices obtenus sur les douleurs radiculaires, sur la récupération de force dans les mains et sur l'amélioration du périmètre de marche sont appréciables au quotidien.

Risques communs à toutes les interventions chirurgicales sur la colonne vertébrale :

- L'anesthésie générale, d'où l'importance de la visite pré-opératoire avec l'anesthésiste
- Difficulté à uriner ou reprendre un transit intestinal durant les premiers jours. Ces troubles disparaissent le plus souvent. La rétention urinaire peut nécessiter la mise en place d'un sondage urinaire.
- Survenue d'une phlébite d'un membre inférieur compliquée d'une embolie pulmonaire. Une reprise précoce de la marche diminue ce risque. En cas de terrain à risque, un traitement anti coagulant peut être prescrit à la sortie de la clinique.
- Un décès suite à l'anesthésie ou la plaie d'un gros vaisseau (artère carotide avec saignement abondant en avant de la colonne vertébrale) reste exceptionnel. En cas de plaie d'un vaisseau, il faut alors la recoudre et éventuellement vous transfuser.

- Une plaie de l'œsophage et/ou de la trachée reste exceptionnelle.
- En cas de transfusion (exceptionnelle), risque de transmission de maladie virale ou bactérienne.
- Décompensation de maladies pré existantes (cardiaque, pulmonaire, rénale,...) pouvant nécessiter le changement de votre traitement habituel.

Risques liés à une intervention chirurgicale de canal cervical étroit:

- *L'hématome compressif* comprimant le sac dural (exceptionnel) en post opératoire immédiat est une urgence chirurgicale. Il se manifeste par l'aggravation ou l'apparition de troubles neurologiques moteurs ou sensitif, une tétraplégie ou par une gêne respiratoire par compression de la trachée.
- *L'infection du site opératoire* (risque rare) nécessitent une reprise chirurgicale (lavage et prélèvements) associée à un traitement antibiotique adapté au germe retrouvé nécessitant une hospitalisation de 7j minimum.
- L'infection urinaire (rétention urinaire, pose d'une sonde urinaire) nécessite un traitement antibiotique. De même, qu'une infection pulmonaire ou une septicémie.
- *La méningite* (ou infection des méninges) est rare mais très grave.
- *La discite* (infection du disque) est rare aussi.
- Risque *neurologique* pouvant aller jusqu'à la paralysie complète du nerf ou de la moelle (la tétraplégie) reste exceptionnel.
- *La brèche dure mérienne* (enveloppe qui entoure le sac dural) nécessite un repos au lit en décubitus dorsal strict entre 48 à 72 heures en post opératoire immédiat, afin d'éviter des céphalées importantes au lever. Dans de rare cas, une poche (meningocèle) peut survenir nécessitant une reprise chirurgicale, surtout en cas de fuite de LCR par la cicatrice. Si cela arrive, il suffit de recoudre la brèche et de la coller avec une colle spéciale (la colle biologique).
- Par voie antérieure : Le nerf récurrent, qui passe à la partie basse du rachis cervical, peut être lésé accidentellement lors de l'abord. Vous pouvez alors avoir des difficultés temporaires pour avaler votre salive ou pour parler (*paralysie récurrentielle*).

Ces complications post-opératoires sont rares, nécessitent ou non une reprise

chirurgicale, et peuvent être l'origine de séquelles définitives.

A plus long terme, les vertèbres peuvent mal se souder entre elles (pseudarthrose). Ce risque est plus fréquent chez les fumeurs.

Compte tenu de l'arthrodèse, une nouvelle compression peut se former sur le disque sus ou sous jacent au disque opéré, compte tenu des contraintes exercées sur les disques adjacents.

Ce document ne peut remplacer une consultation avec votre médecin ou votre chirurgien. Cette consultation vous permettra d'avoir des réponses complémentaires à toutes les questions encore en suspens.