



# LE CANAL LOMBAIRE ÉTROIT

**LA CHIRURGIE SPINALE EST UNE DISCIPLINE COMPLEXE PRENANT EN CHARGE LES MALADIES DE LA COLONNE VERTÉBRALE, PARMI LESQUELLES LE CANAL LOMBAIRE ÉTROIT, UNE PATHOLOGIE DOULOUREUSE ET INVALIDANTE. LE POINT SUR CETTE AFFECTION AVEC LES SPÉCIALISTES DE LA CLINIQUE CECIL.**

C'est sous l'impulsion du Prof. Heinz Fankhauser et du Dr PD Olivier Vernet que le Neurocentre - Centre du dos a été créé à Lausanne il y a une quinzaine d'années. Trois autres neurochirurgiens - le Prof. Nicolas de Tribolet, le Dr Jimmy Villard et le Dr Philippe Otten - et un chirurgien orthopédique - le Prof. Constantin Schizas - complètent cette équipe de spécialistes

opérant à la Clinique Cecil. Une collaboration étroite, au-delà de l'antagonisme opposant traditionnellement neurochirurgie et orthopédie, afin de proposer à chaque patient une prise en charge globale par une équipe travaillant en réseau, discutant des cas au cours de colloques communs et s'assistant mutuellement pendant les interventions. Au cœur de leur pratique, la chirurgie spinale peut être envisagée dans de nombreuses affections de la colonne vertébrale, lorsque les traitements conservateurs ont échoué ou se sont révélés insuffisants. Pathologies dégénératives, traumatologie, problèmes développementaux type scoliose, pathologies tumorales ou encore infections: le



**Le Prof. Schizas, le Dr PD Vernet, le Prof. Fankhauser et le Dr Villard pratiquent la chirurgie spinale à la Clinique Cecil.**

périmètre d'intervention des chirurgiens de la colonne s'étend de la base du crâne au coccyx. «Les pathologies dégénératives dues à l'âge sont les plus fréquentes», expliquent les spécialistes du Neurocentre – Centre du dos. Parmi celles-ci, on trouve notamment les cas de hernie discale et, plus fréquents encore, les cas de sténose lombaire. Également appelée canal lombaire étroit, cette maladie dégénérative handicapante touche une population plutôt âgée.

#### **LE SYNDROME DU CADDIE**

Les principaux symptômes du canal lombaire étroit sont des douleurs dans les fesses et les cuisses qui s'apparentent à celles provoquées par une sciatique. Alors que le patient ne ressent en général aucune gêne en position assise ou allongée, de fortes lombalgies apparaissent en position debout et à la marche, parfois au bout de quelques pas seulement. On parle aussi de «claudication neurogène» ou encore de «syndrome du Caddie», car l'on se sent mieux appuyé sur un chariot de courses. En cause, le resserrement du canal lombaire, un orifice long et étroit qui contient les racines nerveuses. «Ce rétrécissement est essentiellement dû à la formation d'arthrose sur une ou plusieurs vertèbres, entraînant une augmentation de volume des facettes articulaires.» L'arthrose entraîne en outre

un épaississement pathologique du ligament jaune, qui assure la stabilité postérieure des vertèbres, accentuant encore le phénomène de compression des structures nerveuses. La sténose peut également affecter une vertèbre cervicale, ce qui est alors plus ennuyeux, car elle comprime la moelle épinière. S'ensuivent notamment des troubles de l'équilibre ou encore une perte de dextérité au niveau des mains. «C'est moins douloureux, donc plus insidieux, mais les dégâts neurologiques sont souvent irréversibles, d'où l'importance d'un dépistage précoce.» Certaines sténoses se manifestent parfois «en tandem», affectant ainsi à la fois la zone lombaire et la zone cervicale.

#### **DÉCOMPRIMER LE CANAL LOMBAIRE POUR SOULAGER LES DOULEURS**

«Les symptômes de la sténose lombaire sont si typiques que le diagnostic est posé essentiellement par l'anamnèse du patient.» Une IRM permet de le confirmer et des traitements conservateurs sont généralement envisagés en première intention. Il s'agit pour l'essentiel d'anti-inflammatoires ou encore d'infiltrations de corticoïdes à l'intérieur même du canal. Des séances de physiothérapie peuvent également être prescrites afin d'améliorer la souplesse et de renforcer la musculature du dos. Ce n'est que lorsque ces traitements donnent des résultats insuffisants

– dans un tiers des cas environ – que la chirurgie est envisagée. «Nous devons également estimer le retentissement fonctionnel de la pathologie sur le quotidien du malade et la perspective d'amélioration de sa qualité de vie.» L'intervention consiste traditionnellement à retirer le «chapeau» situé au-dessus des vertèbres. La musculature est écartée de part et d'autre de la colonne vertébrale et le chirurgien ôte le surplus d'os grâce à des fraises à haute vitesse. Il procède aussi à la résection du ligament jaune. La gaine recouvrant les nerfs peut alors reprendre sa forme anatomique normale, ce qui entraîne la décompression instantanée de ceux-ci. «On peut en outre procéder à une fixation des vertèbres selon la pathologie associée.» Afin de limiter l'atrophie musculaire due au décollement et à l'écartement des tissus, les spécialistes optent pour des techniques de moins en moins invasives. Parmi celle-ci, le cross-over, qui permet de décompresser les deux côtés du canal par une seule ouverture. Grâce aux progrès récents, les incisions sont aussi de plus en plus petites.

La décompression chirurgicale du canal lombaire étroit se déroule sous anesthésie générale et sous microscope opératoire. «Lorsque le patient présente des troubles neurologiques, nous surveillons le fonctionnement de ses nerfs par neuromonitoring durant toute l'intervention, afin de nous assurer de leur intégrité à tout moment, ainsi que de celle de la moelle épinière.» La durée de la convalescence est proportionnelle à celle de l'intervention, cette dernière dépendant surtout du nombre de niveaux de vertèbres à opérer. «Les patients restent entre cinq et dix jours à la clinique. Nous les levons le plus tôt possible, de sorte qu'ils sont déjà capables de marcher lorsqu'ils rentrent chez eux.» ■

**ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD**